

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Heinz Goerke

**Krankenvorstellungen in den Sitzungen
der Berliner medizinischen Gesellschaft
in den Jahren 1860 – 1885**

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und dem Fachbereich Medizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Klaus-Peter Groß
aus Potsdam

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Heinz Goerke

**Krankenvorstellungen in den Sitzungen
der Berliner medizinischen Gesellschaft
in den Jahren 1860 – 1885**

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und dem Fachbereich Medizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Klaus-Peter Groß

aus Potsdam

1976

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität
München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. h. c. Heinz Goerke

Dekan: Prof. Dr. Wolfgang Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 18. Mai 1976



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Einleitung	4
II. Innere Medizin	6
III. Chirurgie	19
IV. Kieferchirurgie	54
V. Orthopädie	58
VI. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	84
VII. Neurologie	96
VIII. Haut- und Geschlechtskrankheiten	135
IX. Ophthalmologie	156
X. Gynäkologie, Urologie, Psychiatrie und Zahnheilkunde	162
XI. Zusammenfassung	167
XII. Anmerkungen	168

I. EINLEITUNG

Im Jahre 1960 beging die Berliner medizinische Gesellschaft ihr hundertjähriges Bestehen. Bei dieser Gelegenheit ist die Tätigkeit der Gesellschaft in diesen hundert Jahren unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht und bewertet worden. Die Ergebnisse dieser Studien fanden in einer Festschrift ihren Niederschlag (1).

Die Geschichte der Berliner medizinischen Gesellschaft, eine der bedeutenden medizinischen Gesellschaften in Deutschland, ist eng mit der Entwicklung der deutschen Medizin und mit den Namen führender Wissenschaftler verknüpft. Sie ist noch dazu in einer Zeit gegründet worden, in der die Naturwissenschaften einen starken Einfluß auf die Medizin gewannen. Bereits zur Zeit ihrer Gründung, die durch den Zusammenschluß der Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und des Vereins der Berliner Ärzte vollzogen wurde, war sie die größte medizinische Gesellschaft Berlins. Die Vorsitzenden im 19. Jahrhundert Albrecht von Graefe (1860 - 1870; 2), Bernhard von Langenbeck (1871 - 1882; 3) und Rudolf Virchow (1882 - 1902; 4), waren hervorragende Gelehrte und Ärzte, die nicht allein auf ihren Fachgebieten, sondern auch darüber hinaus bekannt waren. Sie haben sehr wesentlich zur Bedeutung der Gesellschaft beigetragen und sie mit dem Stempel ihrer Persönlichkeit geprägt.

Durch das politische Geschehen wurde die Entwicklung der Gesellschaft zusätzlich begünstigt. Mit der Gründung des deutschen Reiches 1871 und der Erhebung Berlins zur Reichshauptstadt entwickelte sich die Stadt zu einem politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Zentrum. Da gleichzeitig auch erhebliche Teile der Gesundheitspolitik in den Kompetenzbereich der Reichsregierung übergingen, ergaben sich auch neue Impulse für das medizinische Berlin.

So erhielt die Gesellschaft, die laut Satzung auch in standespolitischer Hinsicht tätig war, eine erhebliche Bedeutung auch über die Grenzen der Reichshauptstadt hinaus.

Die Gesellschaft hatte somit also die besten Voraussetzungen, auch ihr Hauptanliegen zu verwirklichen, nämlich "wissenschaftliche Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Medizin zu fördern..." (5).

Die wöchentlichen Zusammenkünfte, die immer am Mittwoch stattfanden, dienten der Verbreitung neuer Forschungsergebnisse und wichtiger Beobachtungen aus Klinik und Praxis. Sie waren echte wissenschaftliche Sitzungen und hatten nur bedingt den Charakter von Fortbildungsveranstaltungen. Für die Ärzteschaft wurden diese Veranstaltungen immer attraktiver, was sich auch in den laufend wachsenden Mitgliederzahlen ausdrückte.

Im Rahmen dieser Versammlungen wurden im Laufe der Jahre nicht nur Krankheitsberichte vorgetragen, sondern immer häufiger Kranke vorgestellt, um das gesprochene Wort anschaulich zu ergänzen. Patienten persönlich vorzuführen, bot einen nicht zu unterschätzenden Vorteil, vor allem, wenn man bedenkt, daß in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts die Fotografie sich noch im Anfangsstadium ihrer Entwicklung befand. An Farbfotografie und Filmaufnahmen war damals überhaupt noch nicht zu denken. Auf diese Art konnten die zu vermittelnden Erkenntnisse eindeutiger, interessanter und optisch wirksam dargestellt, die Vorträge und anschließenden Diskussionen wesentlich sachbezogener durchgeführt werden.

Aufgabe der folgenden Untersuchung ist es, die Krankenvorstellungen in den ersten 25 Jahren des Bestehens der Berliner medizinischen Gesellschaft zu erfassen, kritisch zu ordnen und auszuwerten. Als Quelle dienten die veröffentlichten Sitzungsprotokolle der Berliner medizinischen Gesellschaft in der "Allgemeinen medizinischen Centralzeitung", in der "Berliner klinischen Wochenschrift" und in den "Verhandlungen der Berliner medizinischen Gesellschaft". Die Zusammenstellung ist wahrscheinlich nicht vollständig, da vermutlich einige Krankenvorstellungen bei der Protokollierung untergegangen sein dürften oder in den Protokollen nicht immer als solche zu erkennen sind.

II. INNERE MEDIZIN

Dem Bereich, den man heute der Inneren Medizin zuordnet, gehören 31 Fälle an. Die Patienten wurden den versammelten Mitgliedern von Ärzten, fast immer Mitgliedern der Gesellschaft, vorgestellt. Sie werden hier der alphabetischen Reihenfolge nach aufgeführt.

A p o l a n t stellte am 13. 11. 1878 eine 62 Jahre alte Frau vor. Sie hatte vor sechs Jahren einen akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht. Einige Zeit später hatte sie beim Heben das Gefühl gehabt, als sei in der Brust etwas geplatzt. Im letzten Jahr war sie wiederum bei Apolant wegen Gelenkrheumatismus in Behandlung gewesen. Er hatte ein diastolisches Geräusch an der Herzspitze festgestellt und das Vorliegen einer Aortenklappeninsuffizienz vermutet, da die Patientin auch seit längerer Zeit über Herzklopfen klagte.

Bei der Vorstellung fand sich eine gleichmäßige Pulsation im dritten rechten Interkostalraum und eine Dämpfung. Ein dumpfes, systolisches Geräusch ließ sich auf der Höhe der Pulsation nachweisen. Apolant glaubte, daß es sich um ein Aneurysma der Aorta ascendens handelte und nahm als Ursache den Rheumatismus und körperliche Überanstrengung an (6).

Albert E u l e n b u r g (1840 - 1917) stellte am 2. 6. 1869 zwei sich überschneidende Krankheitsbilder gegenüber. Die eine Patientin litt an Morbus Basedow mit den Zeichen des Exophthalmus, diffuser, weicher Struma mit Gefäßpulsation und Tachykardie (Puls 144).

Die zweite Patientin, die vorgestellt wurde, hatte rechts einen leichten Exophthalmus, eine auf der rechten Seite angeschwollene Schilddrüse und Tachykardie (Puls 128) mit systolischen Geräuschen. Außerdem fand sich eine Mydriasis rechts mit Irisimmobilität. Im rechten Ohr wurde eine

Temperatur von $37,5^{\circ}$ Celsius, im linken Ohr von $37,8^{\circ}$ C gemessen. Bei der ersten Patientin war die Temperatur gleichmäßig erhöht ($38,0^{\circ}$ C). Im letzteren Fall glaubte Eulenburg an eine primäre Struma mit sekundärer (Kompressions-) Neurose des N. sympathicus dexter. Hier läge kein Morbus Basedow vor, da die Erscheinungen einseitig aufträten und zum Morbus Basedow keine Pupillenerscheinungen und vasomotorischen Störungen gehörten (7).

In der Sitzung am 9. 2. 1876 stellte Karl Anton Ewald (1845 - 1915) einen 26 Jahre alten Mann mit einer Pleuritis vor. Der Patient machte einen zarten und schwachen Eindruck und hatte 1868 und 1872 eine linksseitige Pneumonie überstanden. Nun, am 6. 11. 1875 wurde eine Pleuropneumonie links mit massigen Exsudaten und Herzverdrängung festgestellt. Einem Fieberanfall am 20. 11. 1875 war "hektisches Fieber" gefolgt. Eine am 27. 11. vorgenommene Punktion erbrachte eitriges Sudat. Durch eine Inzision nach der Lister'schen Methode am 2. 12. konnte eine nicht unerhebliche Menge eiteriger Flüssigkeit entfernt werden. Die Pleurahöhle wurde in der von Quincke angegebenen Methode täglich ausgespritzt. Jetzt bestand nur noch ein kleiner Fistelgang zur Pleurahöhle, der bei einer Spülung lediglich Eitertröpfchen abgehen ließ. Seit der Inzision waren 78 Tage vergangen und die Prognose war trotz schlechter Ausgangsbedingungen gut. Es wurde noch darauf hingewiesen, daß der Patient 18 Tage später als geheilt entlassen werden konnte (8).

Am 1. 7. 1885 führte K. A. Ewald eine 61jährige Frau vor, die seit längerer Zeit ein chronisches Nierenleiden und Ascites gehabt hatte und in die städtische Frauensiechenanstalt aufgenommen worden war. Sie war bis Mitte Mai seit Wochen bettlägerig gewesen. In ihrem Urin wurden "fast zwei Drittheile Eiweiß und Zylinder" festgestellt. Eine Punktion am 20. 5. in der linken unteren Regio hypochondrica

erbrachte 1690 ccm einer wasserhellen Flüssigkeit. Die Ödeme und Pleuraergüsse verschwanden daraufhin. Die Kurzatmigkeit und der Auswurf wurden geringer. Das Gewicht ging von 112 Pfund (am 23. 5.) auf 100,5 Pfund (am 1. 6.) zurück. Am 12. 6. waren die Lungen frei und die Beinödeme zurückgegangen. Die Patientin fühlte sich wohl und stand am Tage auf. Der Eiweißgehalt im Urin war gleich geblieben, jedoch fehlten die Zylinder. Sie nahm Digitalis mit Kalium aceticum und "Kefirmilch aus der Anstalt des Hofrat Stern". Ewald wies abschließend darauf hin, daß dies nur eine palliative Maßnahme war, die sicherlich immer wiederholt werden müßte (9).

Herr F l i e s stellte am 27. 1. 1869 "einen Kranken mit Arthritis nodosa vor, bei dem eine nur viertägige Anwendung des constanten Stromes eine auffallende Besserung hervorrief" (10).

In der Sitzung am 26. 5. 1876 wurde von H. G o l d - s c h m i d t ein Mädchen mit Nebenpocken vorgeführt. Zwei Wochen zuvor war sie am linken Oberarm geimpft worden. Zuerst hatten sich normale Impfpusteln gebildet, die dann "phagedänischen Charakter" annahmen. Gleichartige Affektionen entstanden später unter dem rechten Auge und an den Schamlippen. Ein Syphilisverdacht bestätigte sich nicht. Vielmehr glaubte man nun an eine Verschmierung durch Kinderhand. Im übrigen zeigte dieselbe Lymphe bei anderen Kindern keine ähnliche Wirkung (11).

Der erste Vorsitzende der Gesellschaft, Albrecht v. G r a e f e (1828 - 1870), wies am 9. 3. 1864 am Beispiel eines jungen Mädchens auf ein Symptom zur M. Basedow-Diagnose hin, das auch heute noch den Namen v. Graefe s trägt. Hierbei trat eine Störung in der Lidbewegung auf: Das Lid

hob und senkte sich nicht mehr mit der Visierebene, wodurch der Eindruck des Glotzauges entstand, unabhängig vom Exophthalmus. Bei dem Mädchen war dieses Symptom zu erkennen, jedoch keine Struma, aber eine Tachykardie und eine mäßige Protusion der Augen, die durchaus noch nicht pathologisch war. Infolge des zuerst genannten Symptomes ließ sich jedoch schon sagen, daß das Mädchen einen geringen Grad von M. Basedow hatte (12).

Drei Jahre später, am 5. 6. 1867, führte v. Graefe wiederum einen diesmal ernsteren Fall von M. Basedow vor. Er wies auf die Symptome und die Therapie hin, die in der Gabe von Eisenpräparaten (bei Frauen mit gutem Erfolg), von Ergotin und Chinin (als wirkungsvolleren Mitteln) sowie Land- oder Gebirgsaufenthalt und Ruhe bestand. Der Patient war vor 14 Tagen in die Klinik gekommen. Die rechte Cornea war völlig zerstört und mit teilweise verborkter Eiterkruste bedeckt gewesen. Eine Erhaltung des Auges war unmöglich. Auch das linke Auge war bedroht. Infolge der Innervationsstörung der Augenlider war eine Austrocknung und Verborkung möglich. Inzwischen war hier der Prozess durch einen immobilisierenden Verband zurückgegangen. Der Verband war zulässig, da ein nur geringfügiger Exophthalmus bestand. Die zukünftige Entwicklung war ungewiß. Man plante, eventuell prophylaktisch eine Tarsoraphie durchzuführen (13).

Ein 11jähriges Mädchen wurde am 16. 2. 1870 von Paul G. G u t t m a n n (1834 - 1893) der Gesellschaft vorgestellt. Bei dem Kind, das bisher stets gesund gewesen war, war vor einem Jahr eine Verdunkelung der bis dahin hellen Gesichtsfarbe eingetreten. Später war dann die Dunkelfärbung am gesamten Körper eingetreten, wobei zeitweise gastrointestinale Störungen, Schmerzen in der Nierengegend und im Magen auftraten. Eine hinzukommende Muskelschwäche erlaubte dem Kind, nur noch kurze Wegstrecken zu laufen. Als die Mutter ihre Tochter nach neun Monaten dem Arzt vorstellte,

wurden neben der dunkelen Körperfärbung auch viele Pigmentflecke auf der Mundschleimhaut festgestellt. Dagegen waren Bulbi und Nägel perlweiß. Die Ursachen der Symptome der hier vorliegenden Addison schen Krankheit waren damals nicht zu erklären. Die Bronzefärbung war zwar meist im Zusammenhang mit einer Nebennierendegeneration beobachtet worden, man glaubte aber, daß die Affektion der Nebennieren erst sekundär durch die Erkrankung des nahegelegenen Plexus sympathicus hervorgerufen werde.

Am 25. 5. 1870 berichtete Guttman, daß die Hautfarbe des Kindes lediglich dunkler geworden und schließlich am 28. 4. 1870 der Tod eingetreten sei, nachdem zuvor Schmerzen im Unterleib, Diarrhoe und Somnolenz beobachtet worden waren. Die Obduktion ergab einen großen Kalkherd in der linken Nebenniere.

Seit 1855 die Krankheit erstmals beschrieben worden war, waren 277 weitere Fälle in der Literatur erwähnt worden. Fast alle Fälle endeten letal. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 14 Monate (14).

In der Sitzung am 5. 1. 1876 demonstrierte Guttman einen Fall von vollständigem Situs inversus bei einem 44jährigen Schlossermeister. Bei seiner Familie und seinen Kindern waren keinerlei derartige Mißbildungen aufgetreten. Seit drei Jahren litt er an Husten und bisweilen an Kurzatmigkeit. Das Herz reichte bis zum 5. und 6. Interkostalraum rechts, der Magen war unterhalb der rechten 6. Rippe nachweisbar, die Milzdämpfung an der rechten Seitenfläche zwischen der 9. und 11. Rippe. Die Brustwirbelsäule war vom 7. Brustwirbel an linkskonvex. Der Hoden rechts lag viel tiefer. Links war ein Leistenbruch festzustellen. Beide Körperhälften waren gleich entwickelt. Es lag Rechtshändigkeit vor (15).

Einen seltenen Fall von Hautzystizerken brachte Guttman am 21. 3. 1877 zur Vorstellung. 1786 hatten Götze und Werner die tierische Natur der Zystizerken erkannt. Da bei einem

Zystizerkenbefall selten Symptome auftreten, waren bis dahin erst 16 Fälle veröffentlicht worden, darunter drei von Lewin. Zystizerken bei einem Lebenden waren bisher noch nie in Großbritannien und erst ein einziges Mal in Österreich gefunden worden. Der hier vorgestellte 63jährige Schneidermeister hatte Weihnachten 1876 kleine Geschwülste unter der Haut bemerkt, ohne jedoch Beschwerden zu haben. Als er wegen einer Schulterverletzung im Februar in die Poliklinik gegangen war, wurden auch die 20 kleinen Geschwülste an Nacken, Rücken, Brust, Abdomen und rechtem Glutaeus untersucht. Mehrere Wochen später wurden 36 Geschwülste gezählt. Sie waren kirschkerngroß, etwas verschiebbar, knorpelhart und bei Druck schmerzlos. Der Patient konnte sich nur noch daran erinnern, daß seine Frau vor mehreren Jahren Bandwürmer gehabt hatte. Eine Selbstinfektion durch Kriechen des Wurmes in den Magen wurde für möglich gehalten. Augenblicklich lagen keine Anzeichen dafür vor, daß die Zystizerken sich in den Organen ausgebreitet hatten. Die Möglichkeit bestand aber (16).

Einen weiteren Fall von Hautzystizerkenblasen stellte Guttman am 8. 1. 1879 vor. Bei dem 49jährigen Maurer hatte die Ehefrau vor einem dreiviertel Jahr die Hautzystizerken bemerkt. Im Augenblick ließen sich etwa hundert, hauptsächlich auf Brust, Rücken und Oberarmen feststellen. Auf dem Kopf, dem Bauch und den Oberschenkeln waren sie weniger zu finden. Sie fühlten sich wie junger Knorpel an. In der letzten Zeit waren die Blasen nicht mehr gewachsen. Zeichen, die auf einen Zystizerkenbefall des Hirnes schließen ließen, waren nicht zu finden. Die Sehkraft auf dem linken Auge war stetig schlechter geworden. Wegen eines vorhandenen Kataraktes war eine Prüfung auf intraokuläre Zystizerken unmöglich. Ursachen für den Zystizerkenbefall waren bei dem Patienten nicht zu finden (17).

Im Protokoll der Sitzung vom 22. 4. 1885 wurde eine Krankenvorstellung von Julius H i r s c h b e r g (1843 - 1925) vermerkt: "Vor der Tagesordnung stellt Herr Hirschberg einen Kranken mit Ikterus, Gelbsehen und Nachtblindheit vor" (18).

Julius Edmund Eduard H i t z i g (1838 - 1907) führte am 30. 1. 1867 einen Patienten mit einer Bleivergiftung vor. Die Funktionen der Arme, an denen auch noch Varizen festgestellt worden waren, hatten sich nach kurzer Behandlung stark gebessert. Schon nach einmaliger Applikation "des constanten Stromes" konnte der Patient wieder schreiben (19).

In die Sitzung am 6. 7. 1881 brachte G. K a l i s c h e r (gest. 1898) ein Kind mit, das er am 25. 6. 1881 gegen Pocken geimpft hatte. Obwohl ein Gesichtsekzem bestand, impfte Kalischer das Kind, da noch nicht endgültig entschieden worden war, ob ein Ekzem eine Kontraindikation für eine Impfung darstellte. Als die Mutter das Kind einen Tag nach der Impfung vorstellte, hatte es nicht nur Pusteln an den Impfstellen und im Gesicht, sondern auch teilweise an den Extremitäten und am Mons pubis. Jetzt, zwei Wochen nach der Impfung, verheilten gerade die Pusteln und das Allgemeinbefinden des Kindes war zufriedenstellend (20).

Am 19. 6. 1872 zeigte Bernhard v. L a n g e n b e c k (1810 - 1887) einen 40jährigen Mann mit einem sogenannten Revaccinationsausschlag. Er war im März 1872 wiedergeimpft worden. Nachdem die Krusten der Impfpusteln abgetrocknet waren, entstand eine Hautentzündung mit Verhärtung. Später bildeten sich fungöse Wucherungen und unten am Arm Bläschen. Der Verdacht auf eine überimpfte Syphilis war nicht haltbar. Einreibungen mit grauer Salbe und Umschläge mit Sublimatlösung bewirkten eine geringe Besserung (21).

Oskar E. L a s s a r (1849 - 1907; 22) stellte am 30. 4. 1884 eine Patientin mit Varizen vor. Einzelheiten darüber wurden anderenorts veröffentlicht (23).

Etwa ein Jahr danach brachte Lassar am 25. 2. 1885 einen Fall von angeborener, einseitiger "ungeheuerer Varizenbildung" zur Vorstellung. Es hatten sich außer den sehr tiefen Kruralgeschwüren atheromatöse Prozesse in allen Venen gebildet. Die Verkalkungen ließen sich leicht tasten. Außerdem waren viele kleine Varikositäten und Erfrierungserscheinungen zu finden. Lassar glaubte, daß die in solchen Fällen normalerweise ausgeführte Kauterisation "mit dem Paquelin" hier nicht indiziert sei. Er sprach sich für die gewöhnliche Geschwür- und Venenbehandlung aus (24).

Einen für Berlin äußerst seltenen Fall von Lepra konnte Otto L e h n e r d t (1838 - 1913) in der Sitzung am 10. 12. 1884 vorführen. Das Mädchen war am 3. 4. 1872 in der Nähe von Kalkutta geboren worden. Als Kind deutscher Eltern, die in Indien als Missionare tätig waren, war es in einer sauberen Umgebung aufgewachsen. Bis 1877 war es stets gesund gewesen. In diesem Jahr bildete sich ein erbsgroßer, gelber Fleck auf dem linken Oberarm. Später waren diese Flecken überall zu finden außer auf der Stirn, der Brust, dem Rücken und den Oberarmen. Die Ärzte in Indien nannten das Leiden "ringworm". Demnach war diese Krankheit mit Herpes tonsurans gleichzusetzen. 1880 wurde das Kind von Indien nach Westfalen geschickt. Man hoffte, daß durch das veränderte Klima eine Besserung eintreten würde. In vier Städten in Deutschland wurde die Lepra nicht festgestellt. Im Sommer 1883 wurden die Flecken braun und hart. Am linken Arm lagen sie über dem Hautniveau. Am 31. 3. 1883 wurde das Mädchen als an der "ringworm-Krankheit" leidend in das Elisabeth-Krankenhaus eingeliefert. Hier stellte Lehnerdt sofort Lepra fest. Auffällig und typisch war für ihn ein moroser Blick, die Facies leonina, Satyrohren und Verlust

der Supercilien. Die Handrücken, Arme und Beine waren mit dicken Knoten bzw. den daraus resultierenden Narben bedeckt. Die Knoten hatten teilweise Borken. Auch auf der Mundschleimhaut über dem Palatum durum und auf dem Palatum molle fanden sich Knoten. Nach Angaben der Eltern sei 1878 für längere Zeit ein lepröses Kind im Hause gewesen. Das Mädchen starb etwa Anfang Februar 1885 an einem bronchopneumonischen Affekt (25).

Georg Richard L e w i n (1820 - 1898; 26) brachte am 26. 11. 1873 einen 25jährigen Mann mit, der vor acht Jahren einen apoplektischen Anfall gehabt hatte. Später traten Paraplegie und Lähmung des linken Stimmbandes ein. Beide Erscheinungen ließen auf eine zentrale Ursache schließen. Außerdem wurde eine Pharynxanaesthesie, der Schwund des M. interossii IV der linken Hand und eine Lähmung des linken M. flexor digitus minimus festgestellt. Der Patient zog das linke Bein nach und hatte in der linken Hand ein verändertes Gefühl sowie weniger Kraft. Der Kehlkopf sah normal aus. Auch konnte festgestellt werden, daß auf den N. recurrens kein Druck ausgeübt wurde. Daher schloss Lewin auf eine zentrale Ursache der Leiden (27).

Drei Kinder aus dem Haus Langestraße 43 wurden mit Pockenimpfungsfolgen am 23. 2. 1870 von P i s s i n (gest. 1907) der Gesellschaft vorgestellt. Es war behauptet worden, daß die Ansteckung durch die Impfung erfolgt sei. Anfang Februar hatte sich Pissin 14 der Kinder angesehen. Die Kinder waren unruhig und machten einen leidenden Eindruck. Die Impfstellen befanden sich im Zustand der Verschwärung und waren mit Schorf und Eiter bedeckt. Einige Zeit später war keine Änderung festzustellen gewesen. Später hielten die Affektionen bei einigen Kindern an. Das erste dieser drei Kinder hatte Borken auf der Impfstelle und Impetigo auf der Stirn. Bei dem zweiten waren ebenfalls Borken auf der

Impfstelle zu finden. Das dritte Kind war bereits gesund, hatte aber Geschwüre am Anus (28).

Das Protokoll vom 17. 12. 1862 berichtete von einem Fall (Mann) mit Arthritis nodosa, den Robert R. R e m a k (1815 - 1865; 29) vorführte (30).

Herrmann S e n a t o r (1834 - 1911) brachte am 21. 3. 1883 einen Mann mit ungewöhnlich starker Venenektasie zur Vorstellung. Das Krankheitsbild ähnelte dem eines Caput medusae. Es waren jedoch die Venen stärker ausgedehnt als bei einer Leberaffektion. Es waren hier zum Teil daumendicke Venen an Brust und Bauchwand und an beiden Beinen zu sehen. Seitlich und auf dem Rücken waren sie nur angedeutet, an Skrotum und Penis nicht vorhanden. Besonders am Unterbauch waren sie stark geschlängelt. Die Venenwände waren eventuell dicker als normal, aber nicht verhärtet und zeigten keine Pulsation. Die Ursache für das Leiden führte der Patient auf einen Schultereinschuß zurück, den er im Kriege am 16. 8. 1870 erlitten hatte. Jedoch wurde die Kugel nie gefunden. Nach Verwundung des rechten Fußes war der Patient ca. 10 Tage gelähmt. Im weiteren Krankheitsverlauf bekam er eine Lungenentzündung und Geschwülste in beiden Beinen. Die Wunde eiterete Monate. Außerdem entstanden Abszesse in der rechten Achselhöhle und über dem rechten Schulterblatt. Im Frühjahr 1871 begannen die Gefäßausdehnungen sichtbar zu werden. Nach einer 14tägigen Kur traten die Venen noch stärker hervor. Aus diesem Grunde wurde sie abgebrochen. Bisweilen spürte der Patient ein Brennen und Prickeln in den Venen. Er glaubte, die Kugel in der rechten Leistengegend zu fühlen, jedoch war dort nichts tastbar. Offensichtlich befand sich aber in der Bauch- oder in der Beckenhöhle ein Hindernis im Venenstrom. Da weder ein Nieren-, noch ein Hodenstau und auch keine Hämorrhoiden festzustellen waren, vermutete Senator ein Hindernis oberhalb des Abganges der Vena epigastrica inferior.

Ein beiderseitiger Stau der Venae iliacae durch die Kugel war nicht zu erklären, da die Stellen derselben zu weit auseinanderlagen. Eventuell führten bindegewebige Verdickungen oder einfach eine Veranlagung zur Venenausdehnung zu dem Leiden (31).

Ein 14 Monate alter rachitischer Junge war von Eduard Th o r n e r (1842 - 1910) wegen Diarrhoe behandelt worden (Vorstellung am 11. 6. 1873). Dabei stellte er eine Geschwulst (die Milz) im gesamten linken Bereich der Regio epi- und mesogastrica fest. Die außerdem sehr geschwollenen Inguinaldrüsen und die stark erhöhten Leukozyten bestätigten eine Leukämiediagnose. Die Leber hatte eine normale Größe. Da im Urin kein Eiweiß zu finden war, lag keine amyloide Degeneration vor. Senator wies darauf hin, daß die Leukämie sich auch auf den Knochen auswirke und die Rachitis daher eventuell eine Leukämiefolge sei (32).

Am 10. 6. 1873 hatte Rudolf V i r c h o w (1821 - 1902) Gelegenheit, zwei Personen aus Rußland vorzustellen, die eine überdurchschnittlich starke Behaarung aufwiesen. Beide kamen aus dem Gouvernement Kostroma. Die Eltern des Älteren, der 55 Jahre alt war, sollen normal entwickelt gewesen sein. Allerdings war sein Vater zum Zeitpunkt seiner Geburt im Militärdienst gewesen. So konnte eventuell anderes Erbgut nicht ausgeschlossen werden. Sein Bruder und seine Schwester waren normal entwickelt. Er selbst lebte in Rußland, von der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen, in einer Erdhöhle und war alkoholsüchtig geworden. Auch zur Zeit der Vorstellung wurde er von seinem Führer hauptsächlich mit Schnaps und Sauerkraut ernährt. Die zweite Person, sein mutmaßlicher Sohn Fedor, war drei Jahre alt. Beide zeigten eine übermäßige Haarbildung im Gesicht und in den angrenzenden Teilen. Auch sonst waren sie stärker behaart. Bei dem Kind waren die Haare 4 - 6 mm lang und weißgelb. Bei dem Vater waren sie

4 - 5 cm lang und nicht sehr dicht. Beide hatten nur in den Unterkiefern Zähne. Bei dem Kind waren vier Schneidezähne zu finden. Der Vater hatte noch den linken Eckzahn. Ähnliche erbliche Eigenschaften waren bei an Hirsutismus leidenden Personen von Crawford 1829 in Hinterasien beobachtet worden. Es waren also alle häutigen Gesichtspartien behaart. So wuchsen auch in der Nase und in den Ohren Haare. Virchow glaubte, daß die Ursache dieser Erkrankung in den Nerven liege. Hier dachte er besonders an den Trigeminusbereich. Die Ansicht, die in Großbritannien vertreten wurde, daß das Leiden von humoralphysiologischen Stoffen abhängig sei, lehnte er ab (33).

Im Protokoll vom 9. 5. 1883 ist eine Eintragung zu finden, daß Julius W. W o l f f (1836 - 1902; 34) einen Mann mit einer Blutzyste am Hals vorstellte (35).

Ein 7jähriges Mädchen mit einem Emphysem zeigte W o r m s der Gesellschaft am 30. 1. 1884. Seit einigen Jahren hatte es einen chronischen Bronchialkatarrh. Das Kind machte einen schwächlichen Eindruck. Am 23. 1. 1884 waren Halschmerzen aufgetreten, einen Tag später kam häufiges Erbrechen hinzu, das sich zum Abend hin besserte. Am 25. 1. 1884 verspürte es einen starken Schmerz in der rechten Brust- und Halsseite verbunden mit einer Geschwulst über der rechten Rumpffseite. Vom ersten Rippenbogen zur Klavikula hin und von hier sowohl zum Unterkiefer, wie auch zum Processus mastoideus ließ sich eine zum Teil vorne und hinten über die Medianlinie hinausgehende Hautgeschwulst feststellen. Bei Palpation knisterte es an manchen Stellen, und im Bereich des M. pectoralis major war ein luftkissenartiges Gefühl vorhanden. Eine starke Dyspnoe, Angstzustände und ein flacher und hoher Puls kamen hinzu. Worms schloß aus diesen Symptomen auf eine Luftansammlung im Zellgewebe des Mediastinums. Worms glaubte, daß durch den starken expiratori-

schen Druck beim Husten und Erbrechen Alveolen geplatzt seien. So hätte Luft in das interlobuläre Bindegewebe gelangen können "und von hier subpleural über den Hilus der Lunge in das Zellgewebe des Mediastinums". Dann hätte sie sich in die Hals- und Brustregion ausbreiten können (36).

III. CHIRURGIE

Im folgenden sind die chirurgischen Fälle aufgeführt, die etwa 1/5 der gesamten ca. 400 vorgeführten Patienten ausmachten. Aus ordnungstechnischen Gründen wurden alle Geschwulstformen der Chirurgie zugeordnet.

Einen mächtigen Tumor im Kopfbereich zeigte Adolf B a g i n s k y (1843 - 1918) am 9. 3. 1881. Bei dem Kinde, das einen kräftigen und wohlgenährten Eindruck machte und keinerlei Lähmungserscheinungen zeigte, hatte sich der Tumor besonders auf der linken Kopfseite entwickelt. Der linke Bulbus war völlig vorgedrängt worden. Rechts begann derselbe Prozeß. Jedoch war das Auge noch sehfähig. Kinn-, Schläfen- und Seitenwandbein waren völlig von der Geschwulst eingenommen. Die Geschwulst, auch Fungus hämatodes genannt, war teils von fester, weicher Konsistenz, teils fluktuierend. Ihre Oberfläche war dunkelrot von blauen Gefäßen durchzogen. Einzelne Wülste hingen bis zum Unterkiefer hinab. Das Cerebrum war nicht geschädigt. Die Geschwulst hatte an der Schädelbasis bereits angefangen, das Siebbein zu zerstören (37).

Heinrich Adolf B a r d e l e b e n (1819 - 1895) führte am 7. 11. 1877 einen Mann vor, bei dem er im Mai 1877 eine Exartikulation im linken Hüftgelenk vorgenommen hatte. Der Patient hatte seit dem 16. April nach einer Turnübung ein schmerzhaft geschwollenes linkes Knie. Später kam Fieber hinzu. Nach einer Oberschenkelinzision traten 100 g Eiter aus, das Femur lag frei. Eine anschließende antiseptische Behandlung blieb erfolglos, und das Fieber erhöhte sich stark. Zuerst wurde eine Amputation in der Mitte des Oberschenkels durchgeführt. Es zeigte sich, daß der Knochen auch hier noch von der Osteomyelitis befallen war. Die gleiche Feststellung wurde gemacht, als man den Knochen 5 cm höher

durchgesägt hatte. Auch hier trat Eiter aus. Daraufhin entschloß sich Bardeleben zu einer periostalen Enukleierung des Schenkelkopfes nach der Methode von Volkmann. Das Befinden des Patienten besserte sich sofort. Für 14 Tage war das Fieber noch erhöht, dann normalisierte sich die Temperatur. Nach acht Wochen konnte der Patient mit Hilfe von Krücken laufen. Inzwischen bewegte er sich mit einem "einfachen Apparat" sehr gut fort (38).

Sechs Jahre danach stellte Bardeleben am 12. 12. 1883 die 23jährige Wäscherin Kalinowska vor. Sie hatte im November 1882 entbunden. Im Januar des folgenden Jahres entstand eine Schwellung in der linken Leistengegend. In der Universitäts-Frauenklinik wurde daraufhin eine Inzision am Os ilium durchgeführt. Man stellte krankhafte Veränderungen fest, nicht jedoch eine genaue Diagnose. Am 17. 4. wurde in der Charité ein 10 cm langer Einschnitt gemacht. Dicht über dem Poupartschen Band befand sich ein mit dem Finger zu erreichender Fistelgang, der zur Beckenapertur hinführte. Es trat dicker Eiter aus. Eine Spülung mit Sublimatlösung (1:1000) wurde durchgeführt. Am 3. 5. hatte die Patientin Schüttelfrost, und eine Echinokokkusblase war auf dem Verband zu finden. Die Echinokokken wurden mikroskopisch bestätigt. Am 4. 5. stellte sich ein Ikterus mit Leberschmerz und Gallenfarbstoff im Harn ein. Ob Echinokokken in die Leber eingedrungen waren, war nicht festzustellen. Am 7. 5. führte Bardeleben eine Operation durch. Es war eine sich ca. 6 cm auf- und abwärts ausdehnende Höhle. Das Periost hatte sich teilweise schon abgelöst. Nach der Entfernung eines Dreiecks mit einer 6 cm langen Basis aus dem Knochen wurde der Rest der Höhle ausgeschabt. Erbsen- bis taubeneigroße Echinokokkusblasen wurden dabei entfernt. Die Wunde wurde vernäht, aber man ließ einen dicken Drain drin. Sie blieb aseptisch. Nach einigen Tagen verschwand der Ikterus. Am 1. 8. konnte die Patientin als geheilt entlassen werden. Der Verdacht eines Hüftgelenksechinokokkus bestätigte sich nicht (39).

In den sechziger Jahren stellte Heimann Wolf Berend (1809 - 1873; 40) eine größere Anzahl von chirurgischen Fällen vor. Bei dem ersten handelte es sich um eine Fraktur der 3., 4. und 5. Rippe (Sitzung am 9. 1. 1861). Die Verletzung war fünf Wochen zuvor bei dem 50jährigen Mann durch einen kräftigen Stoß einer großen Metallkugel gegen den Brustkasten entstanden. Es hatte eine halbmansfaustgroße Depression ohne Krepitation bestanden. In der Umgebung war ein Emphysem entstanden. Die Respiration und der Puls waren normal. Es bestand nur geringer Schmerz. Allein durch ruhige Lage, kalte Umschläge mit "antiphlogistischen Regimen und Solutio nitri" erfolgte die Heilung ohne mechanische Mittel innerhalb von vier Wochen. Das Emphysem hatte sich schon bereits nach sechs Tagen zurückgebildet. Berend fügte noch hinzu, daß es recht häufig mit "Vorsicht und Enthaltung aller unnützen Künsteleien" ginge (41). Am 9. 1. 1861 zeigte er denselben nunmehr geheilten Patienten mit der Rippenfraktur (42).

Eine 32jährige, sich in guter Verfassung befindende Patientin mit einer Beinprothese kam am 27. 2. 1861 mit Berend in die Versammlung. Sie hatte an den unteren Zweidritteln des Oberschenkels ein Osteosarkom, das einen Umfang von 1 1/2 Fuß gehabt hatte und zehn Zoll lang gewesen war. Sie hatte sehr starke Schmerzen gehabt. Das Osteosarkom war scheinbar fluktuierend. Mikroskopisch zeigte das Sarkomgewebe eine fächerige Struktur und spindelförmige Zellen. Vor drei Monaten war die Amputation im obersten Drittel des Femurs durchgeführt worden. Der Stumpf war größtenteils bei der ersten Vereinigung schon verheilt (43).

Eine angeborene Zyste zeigte Berend in der Versammlung am 10. 4. 1861. Einige Tage nach der Geburt hatte sich an der ganzen rechten Halsseite eine gespannte, fluktuierende Geschwulst gebildet. Sie war sechs Zoll lang gewesen und reichte vorn bis zum Knie und hinten bis zu den Spinalfortsätzen. Der Querdurchmesser betrug maximal drei Zoll. Bei

Kompression entleerte sich die Flüssigkeit in die Rippengegend. Das Baby empfand keinen Schmerz dabei. Berend bezeichnete diese Geschwulst als eine "seröse Cyste". Er hatte die ersten vier Wochen abgewartet, dann begann er mit Jodtinkturpinselungen, die er wöchentlich durchführte. In der siebenten Woche trat ein Wasserverlust ein, die Zyste war nicht mehr durchsichtig. Zum Größenvergleich zeigte er einen Gipsabdruck der Zyste, der kurz nach der Geburt gemacht worden war (44). Nochmals brachte er das Kind am 12. 6. 1861 mit. Nachdem sich herausgestellt hatte, daß die Jodpinselungen unzureichend waren, hatte Berend eine Flüssigkeit injiziert, die zu gleichen Teilen aus Jodtinktur und Wasser bestand. Der Inhalt der Zyste hatte sich blutig rot verfärbt. Am Tage nach der Injektion war die Geschwulst hart geworden und hatte sich geteilt. Später war sie völlig verschwunden (45).

Einen 37jährigen Mann führte Berend am 30. 10. 1861 vor. Er hatte seit sieben Jahren am oberen, vorderen Teil des Oberschenkels eine mannskopfgroße Geschwulst, die oben elastisch und unten fester war. Der Mann befand sich in guter Verfassung und hatte weder Schmerz noch eine Drüsenanschwellung noch eine Venenausdehnung. Daraus schloß Berend, daß es sich um eine gutartige Geschwulst handele, die er Zystosarkom nannte. Er plante eine operative Entfernung derselben. Wegen der Geschwulst konnte der Patient, der zusätzlich auch eine Hernie hatte, kein Bruchband tragen (46).

H. W. Berend konnte am 17. 12. 1862 bei einem 14jährigen Knaben über einen großen Erfolg berichten. Der Junge hatte vor 14 Monaten eine Knochenhautentzündung auf der gesamten Tibiavorderfläche gehabt. Sein Zustand war sehr schlecht gewesen. Der Unterschenkel war von einem Abszeß bedeckt, der von fistulösen Öffnungen durchbrochen gewesen war. Durch eine Inzision war festgestellt worden, daß der Schienbeinknochen vorne gänzlich weiß und entblößt gewesen war. Berend hatte schon geglaubt, eine Resektion durchführen zu müssen.

Danach hatten sich aber schnell Granulationen über dem ganzen Schienenbein gebildet. Innerhalb von vier Monaten hatte sich die vordere Tibiafläche in Sequestern aufgelöst. Als nach acht Monaten die Bemühungen um die Vernarbung der Tibia immer noch erfolglos geblieben waren, führte Berend eine operative Plastik zur Schließung der Hautdefekte durch. Er transplantierte sieben Zoll lange und zwei Zoll breite seitlich gelegene, gesunde Hautlappen. Nach der erfolgreich durchgeführten Operation trat die Heilung ein (47).

Am 6. 5. 1863 brachte H. W. Berend einen 35 Jahre alten Mann zur Vorstellung, bei dem sich eine seröse Zyste gebildet hatte. Schon seit 15 Jahren hatte der Mann bedeutende Varizen an den beiden unteren Extremitäten. Die Zyste war vor drei Jahren neben dem Sphinkter an entstanden und hatte Bohnengröße gehabt. Bis vor acht Tagen war sie völlig schmerzfrei gewesen. Inzwischen hatte sich die Zyste vergrößert, war wurstförmig geworden und breitete sich von der Basis des Scrotums und der Wurzel des Penis bis zum Mastdarm hin aus und ragte in denselben noch hinein. Ihre Länge betrug 11 - 12 Zoll, ihre Breite fünf Zoll. Berend beabsichtigte, eine Punktion und Jodinjektionen zu machen. Einige Kollegen wiesen auf die Möglichkeit einer Verbindung der Zyste zur Bauchhöhle oder zum Wirbelkanal hin. Berend hielt es in diesem Falle für kaum wahrscheinlich (48).

Zwei Monate später, am 8. 7. 1863, zeigte er denselben Patienten und berichtete über die Therapieerfolge. Er hatte statt der beabsichtigten Jodinjektion eine Injektion von kaltem Wasser gemacht. Nach acht Tagen hatte er dies wiederholt. Es war zu einer Gangränbildung und zu einer Perforation der Hautbedeckungen gekommen. Daraufhin war die durch die Entzündung verdickte Zyste zum Vorschein gekommen. Dem Patienten war eine Nährdiät gegeben worden. Am Beginn des dritten Monats konnte Berend den sich lösenden, gelockerten Sack wegschneiden. Er wies darauf hin, daß eine Heilung auch ohne Lebensgefahr, wie sie bei einer Exstirpation

aufgetreten wäre, durchgeführt werden könnte (49).

Bei den Vorstellungen am 16. 12. 1863 handelte es sich wiederum um Zysten. Es waren angeborene, große Tumoren, die sich in verschiedenen Entwicklungsstadien befanden. Im ersten Falle wurde ein Patient wieder vorgeführt, der vor drei Jahren operiert worden war. Er hatte eine Zyste am Hals gehabt. Berend betrachtete ihn nunmehr für dauernd geheilt (50).

Der zweite Fall betraf ein sechswöchiges Kind, das am Thorax vorn und hinten zwei sackförmige, nicht zusammenhängende, seröse Zysten hatte. Eine Zyste war mit "sarkomatösen Elementen" versehen (50).

Der dritte Fall war ein faustgroßer, herzförmiger Tumor in der Lumbalgegend bei einem Kinde. Berend bezeichnete den angeborenen Tumor als eine krebsartige Zyste. Die Operabilität schloß er nicht aus (50).

Zwei Personen stellte Berend am 8. 6. 1864 vor. Bei dem ersten Patienten war vor drei Jahren eine operative Plastik gemacht worden, um deformierende Funktionsstörungen der Narben zu vermeiden. Der Knabe hatte damals eine Halsbrandwunde gehabt. Es waren drei Operationen und zwei Inzisionen durchgeführt worden sowie die plastische Einheilung eines pyramidalen Hautlappens. Außerdem war noch eine gymnastische Behandlung durchgeführt worden. Es waren nun keine Deformitäten mehr zu erkennen. Die Kopfbewegungen waren nur noch bei starker Rückwärtsdrehung behindert (51).

Der zweite junge Mann war seit 1862 in der Behandlung von Berend. Aufgrund von rheumatischem Fieber hatte sich auf dem Ober- und Unterschenkel ein Abzeß gebildet. Es war innerhalb von sechs bis acht Monaten zur Heilung gekommen. Dann war ein Geschwür in der Kniekehle entstanden, das zwei Taler groß war. Der Kontraktion des Narbengewebes wurde durch eine Zirkumzision in der gesunden Haut begegnet. Dadurch war dann wieder nach Abheilung der Wunden eine Bewegung im Kniegelenk

ohne Spannung der Haut möglich. Nach der Beobachtung von Berend war diese Methode bis dahin nur sehr selten durchgeführt worden (51).

Einen Patienten aus der Bardelebenschens Klinik zeigte J. B e r g am 4. 5. 1881. Der männliche Patient hatte ein Kniekehlenaneurysma. Es war Heilung nach einer Schlagaderunterbindung erfolgt. Die Sensibilitäts- und Mobilitätsstörungen waren jedoch noch vorhanden (52).

Ernst v. B e r g m a n n (1836 - 1907; 53) führte am 10. 10. 1883 eine Frau vor, bei der eine Operation einer Zungengeschwulst durchgeführt worden war. Das Zungenkarzinom hatte bis zu den Drüsen der Regio submaxillaris gereicht und mit der Haut zusammengehangen. Bei der Operation Mitte Juli 1883 war alles Krankhafte entfernt worden. Dadurch entstand ein Loch, in das man eine Faust hätte legen können. Einen Monat später wurde mit einer plastischen Operation ein Defektverschluß vorgenommen. Obwohl der Patientin die ganze Zunge fehlte und der größte Teil des Pharynx, konnte sie relativ gut schlucken. Die Operation war nach der Methode von Langenbeck durchgeführt worden (54).

Der Gesellschaft wurde am 26. 11. 1862 von Joseph B e r g s o n (1812 - 1902) eine gewisse Frau Rodurst mit einer "äußeren Gallensteinfistel", auch als "Hautgallenblasenfistel" bezeichnet, vorgestellt. Die Frau war 57 Jahre alt. Im September 1860 waren Schmerzen im rechten Unterleib aufgetreten. Gleichzeitig hatte sie keinen Appetit mehr und Stuhlverstopfung. Außerdem kam noch eine Dysurie hinzu. Es war Fieber festgestellt worden. Es entstand eine entenei-große, harte Geschwulst im rechten Unterbauch, die sich in den folgenden 21 Monaten bis auf Mannsfaustgröße vergrößerte. Seit dem 9. 7. 1862 war die Patientin bei Bergson in Behand-

lung. Er stellte die noch immer bestehende Dysurie und Verstopfung fest. Da nichts auf eine Eierstockgeschwulst hindeutete, wurde die Geschwulst mit einem Pflaster aus Emplastris plumbi meliloti und hydrargyri abgedeckt. Nach 20 Tagen war der Tumor weich geworden. Als das Pflaster entfernt wurde, fand man eine kleine Wunde vor, aus der Eiter, Schleim und Gallenflüssigkeit austraten. Am 9. 8. 1862 wurden Seifenbäder durchgeführt. In der Zeit vom 22. - 30. 8. 1862 traten 30 facettierte, linsengroße Steine aus. Bis zum 8. 9. wurden 131, bis zum 1. 1. 1862 insgesamt 220 Gallensteine gezählt, die ausgetreten waren. Ihr Gewicht betrug zwei Drachmen und 60 Gran. Zur Zeit der Vorstellung flossen noch Galle und Schleim aus der Fistel. Die Patientin fühlte sich wieder wohl (55).

Friedrich B u s c h (1844 - 1916) zeigte am 6. 3. 1872 einen 19jährigen Patienten, bei dem er Hauttransplantationen durchgeführt hatte. Der Betreffende hatte im Juli 1869 Brandwunden an den Vorderarmen und am Hals erlitten und war im November 1869 in die Charité aufgenommen worden. Dort war er bis zum September 1870 geblieben. In dieser Zeit waren die Wunden am linken Arm und am Hals zufriedenstellend geheilt. Am rechten Vorderarm war jedoch eine sechs Zentimeter kreisrunde wuchernde Granulationsfläche geblieben. Bis zum Mai 1871 war der Patient zu Hause, und es trat keine Änderung ein. Durch die Narben war die Haut stark gespannt. Im Mai 1871 erfolgte die Aufnahme in die Königlich-Chirurgische Klinik. Hier verpflanzte man 20 kleine Hautstücke, von verschiedenen Körperteilen stammend, auf die unzureichend verheilten Brandnarben. Es war nun das letzte vor fünf Tagen transplantierte Hautstück fest angewachsen. Dieses Verfahren war 1869 von Reverdin beschrieben und von Georges Pollok 1870 in England eingeführt worden (56).

Eine 52jährige Patientin mit einer Geschwulst der rechten Brustdrüse wurde am 13. 6. 1883 durch C h r i s t e l l e r vorgestellt. Sie war am 6. 6. 1883 in das Jüdische Krankenhaus aufgenommen worden. Bis Ende 1882 war sie völlig gesund gewesen. Dann hatte sich eine Geschwulst in der linken Achselhöhle gebildet, die sich vergrößerte. Bald darauf stellte die Patientin eine Geschwulst auch in der rechten Achselhöhle fest. Sie hatte dabei keinerlei Beschwerden. Etwa sechs Wochen vor der Vorstellung begannen der rechte Arm, die rechte Hand und die rechte Brustdrüse anzuschwellen. Inzwischen nahm die Geschwulst fast den gesamten rechten Thoraxbereich ein. Besonders in der rechten Achselhöhle war sie stark ausgebildet. Sie war von bretharter Konsistenz. Rundherum waren Ödeme zu finden, die sich bis über das Sternum, nach unten bis zur Leber und nach hinten bis in die Skapulargegend ausbreiteten. Auf der Haut waren knotenartige Infiltrate, die hart und rot waren. Die Schwellung hatte sich bis zur rechten Brustdrüse ausgedehnt. Sie war in eine harte, unverschiebbare Tumormasse verwandelt worden. Ein ähnlicher Tumor befand sich in der linken Brustdrüse. Außerdem gab es noch unter der linken Achselhöhle einen kindskopfgroßen, verschieblichen Tumor, der offenbar aus Lymphdrüsen bestand. Die vergrößerte Leber fühlte sich hart und prall an. Der Krankheitsverlauf, der so von der Patientin geschildert worden war, wurde von Christeller angezweifelt. Er vermutete eine primäre Geschwulst in der rechten Brustdrüse. Eine Exstirpation hielt er in diesem hoffnungslosen Fall für unmöglich. Für ihn kam nur noch die Impfung eines Erysipels in Frage, gegen die er jedoch starke Bedenken hegte (57).

Bei einer 56jährigen Frau war ein Anus praeter angelegt worden. Diesen Fall trug Heinrich C u r s c h m a n n n (1848 - 1910) am 27. 11. 1878 der Gesellschaft vor. Die Frau war am 30. 3. 1878 aufgenommen und noch am selben Tage operiert worden. Seit drei Tagen hatte sie die Zeichen einer inkarzerierten Hernie der Linea alba gehabt. Es waren Kollaps,

Würgen und ein Ileus aufgetreten. Die Operation war dadurch erschwert worden, daß ein kindskopfgroßes Lipom mit der Oberfläche des Bruchsackes fest verwachsen war. In der freigelegten Dünndarmschlinge wurde eine markstückgroße Gangrän gefunden, die exstirpiert wurde. Darauf wurde ein künstlicher After durch Vernähung des betreffenden Darmteiles mit den Rändern der Bauchwunde hergestellt. Das Befinden der Patientin besserte sich daraufhin; sie bekam wieder Appetit. Die Speisen traten jedoch 45 bis 60 Minuten nach der Aufnahme wenig verändert aus dem künstlichen Anus wieder aus. Da die Fistel wahrscheinlich in der oberen Hälfte des Jejunums lag, war eine mangelhafte Darmresorption die Folge. Obwohl man der Patientin nunmehr nur stark konzentrierte Nahrung zuführte, sank ihr Gewicht innerhalb von drei Wochen von 180 auf 125 Pfund und ihre Kräfte nahmen derart ab, daß sie nicht mehr im Bett sitzen konnte. Sie hatte schon vier Wochen keinen Stuhl mehr gehabt. Um den absehbaren Hungertod zu verhindern, wurden "Fleischpankreasklistiere" appliziert, die jedoch schlecht vertragen wurden. Eine ausreichende Nahrungszufuhr bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Darmrohr wieder wegsam war, wäre nicht möglich gewesen. Daraufhin führte man einen Katheter durch die Fistel in das untere Darmstück ein. Auf diese Weise konnte die Patientin noch zweieinhalb Monate ernährt werden, bis der Darm wieder wegsam war. Die nötigen "Stickstoffe" wurden in Form des von Adamkiewicz angegebenen Peptons gereicht, viermal täglich 50 g und 50 g Boullion und die "nötigen Quantitäten" von Kohlenhydraten als Nestlesches Kindermehl und einmal täglich eine kleine Portion Alkohol. Nach etwa 14 Tagen konnte die Patientin bereits wieder laufen. Als das Pepton für einige Zeit nicht verfügbar war, verschlechterte sich ihr Zustand wieder. Eier konnten keinen Ersatz bieten. Sie hatte täglich Stuhl, der nie faulig war. Bei der Peptoneinspritzung hatte sie fünf Wochen lang nach jeder Injektion heftige Würg- und Brechbewegungen gezeigt. Der anfänglichen Gewichtszunahme folgte bald darauf wieder eine nicht unbedeutende Abnahme. Erst nachdem der Darm durchgängig

geworden war und eine normale Ernährung erfolgte, kam es zu Gewichtszunahme und Heilung. Wie der Behandlungsverlauf gezeigt hatte, war es allein mit Pepton möglich gewesen, das vorhandene "Stickstoffbedürfnis" des Körpers zu sättigen. Andere Eiweißpräparate blieben über längere Zeit ohne Wirkung (58).

Ein Epileptiker hatte sich zu Pfingsten 1881 bei einem epileptischen Anfall eine Humerusluxation beiderseits zugezogen. Seitdem konnte er die Arme nicht mehr heben. Erst im Januar 1882 kam der Patient zu Bernhard F r ä n k e l (1836 - 1911), der ihn am 1. 3. 1882 vorstellte. Repositionsversuche waren bisher noch nicht unternommen worden. Am nächsten Tag sollte der Patient in das "Königliche Klinikum" aufgenommen werden (59).

Eine Frau mit einem milchabsondernden Axillarlappen der rechten Brustdrüse brachte Karl F r i e d l a e n d e r (1847 - 1887) am 18. 11. 1885 der Gesellschaft zur Vorstellung. Die Patientin hatte in der Regio axillaris dextra am äußeren Rande des M. pectoralis major einen Tumor, der im sechsten Schwangerschaftsmonat haselnußgroß war. Er war später bis auf Apfelgröße angewachsen und bis 14 Wochen nach der Geburt nur geringfügig kleiner geworden. Da er Milch sezernierte, schloß Friedlaender auf einen abgeschnürten Drüsenlappen. Da daraus leicht primäre Karzinome entstehen können, hielt Friedlaender eine Exstirpation für erforderlich (60).

Ein Kind mit einem kongenitalen Tumor hatte Themistokles G l u c k (1853 - 1942) am 16. 1. 1884 in die Klinik aufgenommen. Es wurde an demselben Tag der Gesellschaft vorgestellt. Das Kind hatte an beiden Thoraxseiten ein kavernöses Angiom, das von der Axillarlinie bis zur Crista ilii hinabreichte. Gluck, der einen derartigen Fall bis dahin noch nie

gesehen hatte, erschien eine Exstirpation äußerst schwierig. Er wollte erst in der Literatur nach ähnlichen Fällen suchen (61).

Die Patientin, die am 25. 2. 1885 zur Vorstellung kam, hatte sich bisher dreimal, erstmals im 18. Lebensjahr, das Collum humeri gebrochen. Nach Ausheilung der letzten Fraktur war die Funktion des Gelenkes trotz elektrischer Behandlung ziemlich unvollkommen. Der Humerus auf der kranken Seite war um 7 cm kürzer. Als sich dann eine langsam wachsende Geschwulst auf der Schulter bildete, kam die Kranke zu The-mistokles Gluck. Der Tumor befand sich in der Gegend rund um die Cavitas glenoidalis. Die Bewegungen des nach einwärts luxierten Diaphysenschaftes waren bei der Elevation durch den Tumor eingeschränkt. Gluck führte eine Resektion des Collum scapulae und eine Tumorentfernung durch. Die Heilung verlief schnell. Die Patientin konnte nun nicht nur Pendelbewegungen ausführen, sondern es war ihr auch eine Innen- und Außenrotation sowie die Elevation bis zur Senkrechten möglich. Gluck glaubte, daß der als Osteoma spongiosum fibrosum bezeichnete Tumor infolge der chronischen Reizung entstanden war. 1879 hatte er einen analogen Fall beobachten können (62).

Am 4. 3. 1885 kam durch Gluck eine 28jährige Frau zur Vorführung, die ein Adenom am oberen Mammaquadranten gehabt hatte. Das frei bewegliche Adenom war 1880 entstanden und hatte niemals Beschwerden bereitet. Die Frau war unverheiratet und hatte zuvor keine Mastitis gehabt. Ob die Geschwulst infolge eines Stoßes entstanden war, blieb fraglich. Von Langenbeck hatte die Geschwulst exstirpiert und als ein Karzinom, das von einer akzessorischen Mamma ausgegangen war, diagnostiziert. Zwei Jahre später bildete sich ein inoperables Rezidiv, das mit Arseneinspritzungen behandelt wurde. 1884 war in dem Karzinom in der linken Mamma eine große Höhle mit jauchigem Inhalt entstanden. Der M. pectoralis und die Thoraxwände waren stark infiltriert. Die Klavikular- und Achseldrüsen waren starr, und es waren

60 - 80 erbsgroße Sekundärknötchen entstanden. Außerdem kamen noch eine Auftreibung am Trochanter und ein Kniegelenks-erguß hinzu. Die Patientin war kachektisch und hatte eine starke Dyspnoe. Die Prognose war sehr schlecht. Die jauchige Höhle wurde mit Jodoform- und Sublimatlösung ausgewaschen. Gleichzeitig wurde Arsen innerlich und äußerlich gegeben. Als bald verschwanden das hämorrhagische subskapulär gelegene Transsudat und die Sekundärknoten. Seit dem Juli 1884 blieben bei der Patientin die Menses aus. Der Tumor ließ sich zur Zeit der Vorstellung gut bewegen und war damit operabel. Die Kachexie war verschwunden. Bei der Patientin herrschte Euphorie vor. Unter diesen Umständen befürwortete Gluck eine Mammaamputation (63).

Ein 16jähriges Mädchen hatte die nunmehr im Volumen wechselnde und erektile Geschwulst am Hals vor etwa zehn Jahren erstmals bemerkt (Vorstellung am 18. 11. 1885). Gluck operierte diese Kiemengangszyste nach der Methode von Wolff innerhalb von drei Stunden. "Die Exstirpation gelang radical nach Unterbindung der Vena jugularis communis und multiplen Umstechungen und Abbindungen im Kreise ihrer peripheren Äste". Die Innenfläche der Zyste bestand aus warzigen Zotten und war mit einem mehrschichtigen Zylinderepithel ausgestattet. Die Zyste hatte durch einen breiten Kanal Verbindung zur V. jugularis zwischen der Innenwand des Kopfnickers und der Vene selbst gehabt. Gluck sah dies als einen Venen-defekt oder eine Entwicklungsstörung des Kiemenganges an. Dies war der 19. in der Literatur bekannt gewordene und der sechste mit Erfolg operierte Fall. Die Behauptung von Brücke, daß nur lebende Gefäßwände die Blutkoagulation verhindern, sah Gluck dadurch widerlegt, daß sich in der Zyste, die mit Zylinderepithel ausgekleidet war, keine Blutkoagula befanden (64).

Eduard G o l t d a m m e r (1842 - 1891) stellte am 14. 4. 1880 einen 20jährigen Mann vor, dem im Jahre 1879

eine Kornähre in die Trachea geraten war. In der Folge war es zu einer Pneumonia dextra inferior verbunden mit hohem Fieber und zu einem Herpes labialis gekommen. Anfang Juni 1879 kam der Patient in das Krankenhaus Bethanien. Zwei Tage nach der Aufnahme stellte man einen Pneumothorax fest und gleichzeitig eine verstärkte Dyspnoe. Eine Punktion erbrachte einen septischen Erguß. Man entschloß sich zur Eröffnung der Pleurahöhle am Rücken unterhalb des Schulterblattwinkels. Man resezierte ein 4,5 cm langes Stück der 9. Rippe. Die Lunge war völlig kollabiert gewesen. Es war reichlich septisches Exsudat vorhanden. Nur ein Teil der Kornähre ließ sich entfernen. Durch die Desinfektion verkleinerte sich die Höhle. Die Fistel eiterte noch mehrere Monate. Erst Anfang März 1880, etwa neun Monate später, schloß sich die Fistel, nachdem die Ähre ausgetreten war. Der Patient hatte sich völlig erholt und seine Lunge ein normales Volumen erreicht. Statt der subperiostal entfernten Rippe hatte sich ein knöcherner Ersatz gebildet. Bisher waren 20 derartige Fälle in der Literatur erwähnt worden (65).

Bei einem Mann hatten sich auf den Hornhäuten Tumoren gebildet (Vorstellung am 5. 6. 1867). Albrecht v. Graefe hatte die Entstehung dieser Tumoren vor einem Jahr auf dem rechten Auge bemerkt. Die schmutzig gelbe Geschwulst war damals aus gelben Flecken entstanden und bedeckte den größten Teil der Kornea. Dadurch war der Patient auf diesem Auge fast erblindet. Vor acht Tagen war dieser Tumor exzidiert worden. Inzwischen hatten sich auch auf dem linken Auge längliche, gelbe Flecken gebildet, die auf die Entstehung von Tumoren hindeuteten. Der ganze Körper des Patienten war mit ebensolchen kleinen, rotbraun erhabenen, flachen Geschwülsten (Molusken) bedeckt. Einige von ihnen waren nur wenige Millimeter groß, andere waren auch gröber und maßen 8 - 12 mm. Besonders in den Kniekehlen konfluiereten sie zu mehreren Zoll messenden Gruppen. Einige der Geschwulstgruppen

waren wieder spurlos verschwunden. Ihre Natur war bisher unklar. Sie waren sarkomähnlich und hatten eine Hornhauttextur mit Fettinfiltration (66).

Eine 16jährige Patientin von Albrecht v. Graefe hatte eine doppelseitige Irideremia totalis congenita (Vorstellung am 19. 2. 1868). Außerdem war der obere Okulomotoriusast mangelhaft ausgebildet. Es bestand eine Ptosis imcompleta, die den Lichteinfall in das Auge minderte (67).

Bei einem acht Monate alten Säugling hatte v. Graefe eine auf der Kornea befindliche, weiche, prominente auf der Grundlage verschiebbliche, hautähnliche Masse festgestellt (Vorstellung am 15. 12. 1869). Eine zweite Geschwulst mit einem Durchmesser von acht " hing aus den Lidern heraus und bewegte sich in Abhängigkeit von diesen. An der Oberfläche der beiden hautähnlichen Geschwülste befanden sich kleine Härchen. Daher handelte es sich um Dermoide. Daß die Geschwülste auf der Hornhaut aufsaßen, fand v. Graefe ungewöhnlich. Er hielt es für durchaus möglich, daß das Gebilde die Kornea durchbrochen hatte. Es war von Geburt an da gewesen und hatte seither seine Größe verdoppelt. Albrecht v. Graefe beabsichtigte eine operative Entfernung (68).

Bei einem 65jährigen Zimmermann hatte Emil Grunmach (1849 - 1919) einen faustgroßen Halstumor auf der linken Seite sowie einen Bubo inguinalis festgestellt (Vorstellung am 12. 1. 1881). Der Patient hatte den Tumor schon einige Wochen zuvor bemerkt. Unter der Anwendung von Kataplasmen schienen die Geschwülste kleiner zu werden. Jedoch vergrößerten sie sich nach einiger Zeit, und es traten neue im linken Leistenkanal, in der Achselhöhle und um die alten Geschwülste herum auf. Sie waren bis zu pflaumengroß. Nachdem ein Hauttumor ausgeschält worden war, konnte die Diagnose auf ein kleinzelliges Rundzellensarkom gestellt werden. "Grunmach hielt eine Warze am rechten Ellenbogen, welche

mehrfach geätzt wurde, aber immer wiederkehrte, für den Ausgangspunkt des ganzen Leidens" (69).

Zwei Fälle von Atresia ani vulvalis konnte H a d r a am 25. 3. 1885 vorführen. Bei den beiden Mädchen, das eine war sechs Jahre, das andere sieben Monate alt, bestand ein Verschuß des Afters unter einem partiellen Bestehenbleiben der Cloaka congenita. In die Fossa navicularis mündete bei dem sechsjährigen Mädchen eine stecknadelkopfgroße, bei dem anderen eine für einen Katheter Charrière 6 passierbare fistulöse Öffnung, aus der sich der Kot entleerte. Die Öffnungen waren etwas erweiterungsfähig. Seit der Zeit, seit der die Mädchen feste Nahrung zu sich nahmen, hatten sie oft stundenlange und stark schmerzhaft Defäkationen. Laxantien erleichterten den Stuhlgang. Die Eltern des jüngeren Kindes wünschten eine Beseitigung dieses Zustandes. Für den 29. 3. 1885 war eine Operation nach der Methode von Dieffenbach geplant. Zuerst sollte ein medianer Dammschnitt gelegt werden. Nach Ablösung und Abtrennung des Rektums von der Vaginalinsertion sollte eine Insertion an der Stelle des normalen Afters vorgenommen werden. So sollte die Fistel verschlossen werden und eventuell bestehende Sphinktermuskulatur erhalten bleiben. Hadra wies noch auf die Erblichkeit dieser Mißbildung hin: Vater bzw. Mutter der beiden Mädchen waren Geschwister. Drei Geschwister der beiden Mädchen hatten dasselbe Leiden, waren aber inzwischen schon verstorben. Bei der Mutter war im Kindesalter eine Anusoperation durchgeführt worden. Sie wollte sich nun aber nicht mehr untersuchen lassen. Somit waren in einer Familie sechs derartige Fälle aufgetreten (70).

Über den Fall einer erfolgreich operierten Pylorostenose konnte Eugen H a h n (1841 - 1902) am 18. 11. 1885 berichten und gleichzeitig den Patienten vorführen. Vor vier Monaten hatte Hahn bei dem Patienten eine Gastroenterostomie

nach der Methode von Wölfler durchgeführt. Der Teil des Jejunums, der 30 - 40 cm von der Plica duodeni jejunalis entfernt war, wurde in den Magen eingesehtet, so daß die Nahrung den verengten Pylorus nicht mehr passieren mußte. Die Inzisionen im Dünndarm und ebenso im Magen waren je 2 cm lang. Der Patient hatte seit der Operation 52 Pfund zugenommen. Nach Hahn wäre eine Pylorusresektion zu risikoreich gewesen. Bisher waren 22 Fälle von Gastroenterostomie bekannt geworden. Darunter waren zwei von Hahn durchgeführt worden. Zehn dieser Fälle konnten als geheilt betrachtet werden. Dagegen hatte man bisher 82 Pylorusresektionen durchgeführt, bei denen 61 Patienten unmittelbar nach oder infolge der Operation gestorben waren. 21 Patienten konnten als geheilt betrachtet werden. Doch starben viele bald darauf an Rezidiven (71).

Das sogenannte "Schliewener Wunderkind" wurde mit einleitenden Worten von Julius Hirschberg am 14. 4. 1869 eingeführt und von v. Langenbeck demonstriert. Das Kind hatte eine Art von Tumor coccygei, der völlig gestielt war. Das heißt, er ließ sich vom Os coccygis abheben und war mit der Wirbelsäule nur häutig verbunden. Regelmäßige, fast rhythmische Kontraktionen gaben zu der Vermutung Anlaß, daß sich in dem Tumor Muskeln befanden. Dadurch waren jedoch die Volumensveränderungen nicht zu erklären. Auch im Schlaf waren die Kontraktionen feststellbar. Zog man den Tumor von der Wirbelsäule weg, wurden die Kontraktionen schwächer. Hirschberg hatte auskultatorisch keine Gefäßgeräusche wahrgenommen. So blieb die Vermutung bestehen, daß Fasern des M. glutaeus sich in dem Tumor ausgebreitet hatten (72).

Der Patient war bereits durch v. Graefe im Jahre 1867 wegen multipler Geschwulstbildung in der Haut sowie einer Fremdbildung auf der Hornhaut vorgestellt worden (Wiedervorstellung am 22. 4. 1874). Hirschberg hatte den Patienten

während der letzten Jahre ständig beobachtet und eine Rezidivgeschwulst am Auge durch Enucleatio bulbi beseitigen müssen. Der inzwischen 30jährige Mann hatte seit dem 8. Lebensjahr multiple Geschwülste gehabt, die sich inzwischen bedeutend vergrößert hatten. Eine neue Geschwulst war dorsal am Ellenbogengelenk entstanden. Sie bestand aus kleinen braunvioletten Knoten. Ebenso befand sich eine Geschwulst am anderen Ellenbogengelenk und an der Oberschenkelinnenseite. Bereits die pathologische Untersuchung im Jahre 1867 durch Virchow und Leber hatte ergeben, daß es sich um eine Fibroma lipomatodes (Panthelasma multiplex) handelte. Am linken Auge hatte sich wieder eine 2 cm große und 1,5 cm hohe gelbe konvexe Geschwulst gebildet. Der Zelltyp aller Geschwüre war gleich (73).

Drei Frauen mit einer angeborenen fleckförmigen Melanose der Sklera demonstrierte Hirschberg am 8. 11. 1882.

Bei der zweiten 34jährigen Frau, die ebenfalls wie die erste brünett war, war das Leiden durch eine Geschwulst (2,5 mm x 6 mm x 4,5 mm) des Sehnerven und seiner Umgebung auf dem befallenen Auge kompliziert.

Die dritte 50jährige, grauhaarige Frau hatte eine fleckförmige Melanose der Sklera und eine Dunkelfärbung der Iris. Sie war seit einigen Monaten erblindet. Es handelte sich um ein melanotisches Aderhautsarkom auf der Basis einer angeborenen Pigmentierung, wie sich nach der Enukleation herausstellte. Die Sklera war einfach pigmentiert, der Aderhauttrakt ungewöhnlich dunkel. Hirschberg sagte dazu: "... der Keim zu einer im höheren Alter entstehenden Geschwulst war also schon während des Fötallebens angelegt" (74).

Krebsmetastasen in beiden Aderhäuten hatte Hirschberg bei einer 52jährigen Frau gefunden, die er am 8. 11. 1882 vorstellte. Die Patientin hatte seit neun Jahren einen Krebs in der rechten Brustdrüse gehabt und litt seit drei Monaten

an einer Sehstörung im rechten Auge. Die Patientin machte einen kachektischen Eindruck. Die Lymphdrüsen in der rechten Achselhöhle und in der rechten und linken Supraklavikulargegend waren geschwollen. Eine Sehprüfung am 15. 8. 1882 ergab auf dem rechten Auge S $1/6$ und auf dem linken S $1/2$. Das rechte Auge zeigte eine große kuchenförmige 1,5 cm hohe helle Aderhautgeschwulst oberhalb des Sehnervs. Wenig später war auch das linke Auge von Krebs befallen. Ein Sehtest am 2. 10. 1882 ergab auf dem rechten Auge S $1/30$ und auf dem linken S weniger als $1/6$. Links hatte sich nun eine ähnliche Geschwulst entwickelt. Am 29. 10. 1882 betrug die Prominenz des rechten Auges 2 mm, die des linken etwas über 1 mm (75).

Karl-Eduard H i t z i g (1838 - 1907) zeigte am 5. 2. 1868 eine Patientin mit ca. 50 lipomähnlichen Geschwülsten verschiedener Größe, die sich fast ausschließlich an den Armen befanden. Die Patientin hatte anfangs nur über Schmerzen im linken Arm und dort besonders im Ulnarisgebiet geklagt. Im Verlaufe der Behandlung verkleinerten sich die Geschwülste plötzlich innerhalb von 24 Stunden. Dieses schnelle Verschwinden und Wiederauftreten der Geschwülste hatte Fränkel bei der Patientin schon seit vier Jahren wiederholt beobachtet. Fränkel hatte die Ursachen dafür unter anderem bei nervösen Einflüssen gesucht. Hitzig konnte mit einer Kanüle aus den Geschwülsten nichts extrahieren (76).

Wie in einer späteren Sitzung am 26. 2. 1868 berichtet wurde, erwiesen sich die Geschwülste als Lipome (77).

Eine schwere Verletzung des rechten Oberarmes hatte sich die 16jährige Amalie B. am 5. 9. 1878 beim Sturz in eine Fensterscheibe zugezogen. Benno H o l z (1851 - 1927) stellte sie nach erfolgreicher Operation am 20. 11. 1878 vor. Die Patientin hatte sich bei dem Sturz einen 11 cm langen

Schnitt am rechten Oberarm zugezogen. Die Wundränder klafften bei Extension fünf Zoll auseinander. Es waren über $\frac{2}{3}$ des Oberarmumfanges der Haut durchtrennt sowie der M. biceps, M. brachialis interior, das Periost, die A. brachialis, die Vv. brachiales, die V. basilica und V. cephalica sowie der N. medianus. Der M. triceps war angeschnitten, ebenso war der M. supinator longus bis zum N. radialis durchtrennt. Nach den bisher bestehenden Regeln hätte man eine Amputation durchführen müssen. Jedoch wurden diese durch die neue antiseptische Behandlung umgestoßen. Die Wunde wurde sofort mit 5prozentiger Karbolsäure desinfiziert. Sodann nähte man den N. medianus mit drei Nähten Catgut zusammen. Darauf machte man eine Naht durch den Bizeps und anschließend eine tiefe und eine oberflächliche Wundnaht. Zwei Drains wurden in die Wundwinkel eingeführt. Der Arm wurde mit einem Listerverband in Mittelstellung bandagiert. Nach 17 Tagen und fünfmaligem Verbandwechsel war die Wunde ohne Fieber geheilt. Am 5. 10. 1878 war erstmals der Radialispuls zu fühlen gewesen. Die Narbe ließ alle Ellenbogenbewegungen zu. Die Nervusmedianusnaht hatte eine Muskelbewegung im Daumenballen und sonst eine normale Reaktion auf stärkeren Strom zur Folge. Das Tastgefühl war in der Daumen- und Zeigefingerspitze für kurze Zeit nachweisbar gewesen.

Landois und Eulenburg leugneten die Heilung durchtrennter Nerven. Nach ihrer Ansicht wäre nur eine Sekundärheilung in drei bis sieben Monaten nach Neubildung der Nervenröhren und ihrer Achsenzylinder möglich. Lélivant hatte eine einzige sichere Heilung einer Medianusnaht nach 19 Monaten beobachtet. In diesem Fall waren drei Monate vergangen (78).

Die Durchführung einer Magenfisteloperation und die anschließende Ernährung beschrieb James I s r a e l (1848 - 1926; Vorstellung am 15. 1. 1879). Der Patient, den er mitgebracht hatte, befand sich nunmehr in einem guten

Ernährungszustand. Der 59jährige Mann war am 22. 11. 1878 in das Jüdische Krankenhaus aufgenommen worden. Seit sieben Monaten hatte er nach dem Genuß heißer Speisen Schlingbeschwerden. Bisweilen war es ihm unmöglich, Wasser zu schlucken. Sonden ließen sich nur etwa 22 cm tief in den Ösophagus einführen. Auch Bougierversuche unter Chloroformnarkose mißlangen. Seit kurzem war auch noch eine Stimmbandlähmung links und eine Lähmung des N. recurrens hinzugekommen. Der Patient wurde zunehmend schwächer. Daraufhin wurde die Magenfisteloperation durch Geheimrat v. Langenbeck durchgeführt. Die Operation wurde in zwei Teilen mit einer fünftägigen Pause unternommen. Am 18. 12. wurde die Bauchhöhle eröffnet und die vordere Magenwand in die Bauchwunde eingenäht. Fünf Tage nach der Verwachsung wurde der Magen geöffnet. Eine Peritonitis wurde durch die Listersche Antisepsis verhindert. Am ersten Tag nach der ersten Operation hielt eine 12 cm lange Stahlnadel den Magen am Peritoneum fest. Bevor die Magenfistel angelegt worden war, war der Patient durch Peptonklistiere ernährt worden. Sie bestanden aus 180 g Pepton nach Adamkiewicz, das in Milch gelöst täglich verabreicht wurde. Nun wurden dem Patienten durch die Fistel 1500 g Milch, acht rohe Eier, drei Eßlöffel "Leube'sche Fleischsolution" täglich zugeführt. Die Flüssigkeit wurde per os gegeben. Der Patient äußerte, daß er das Gefühl habe, als ob er unten satt und oben noch hungrig sei (79).

Am 14. 1. 1880 brachte James Israel eine 23jährige Frau mit, bei der er eine ungewöhnliche Therapie durchgeführt hatte. Bei der Frau war im 15. Lebensjahr die erste Periode eingetreten, seit dem 17. Lebensjahr regelmäßig. Seitdem mußte sie alle Speisen erbrechen. Später hatte sie auch Schmerz in der linken Ovarialgegend und außerdem starkes Herzklopfen. Seit etwa drei Jahren wurden der Magen und der Genitalapparat vergeblich behandelt. Etwa sechs Ärzte hatten ihr bisher zur Kastration geraten. Am 18. 11. 1879 war sie in das Jüdische Krankenhaus gekommen. Bei einer Untersuchung wurde

eine Druckempfindlichkeit im Bereich des Magens und des linken Ovars festgestellt. Alle Therapiemaßnahmen blieben erfolglos. Daraufhin entschloß sich Israel zu einer Pseudooperation. Er erklärte der Patientin, daß er eine Kastration durchführen werde. Tatsächlich machte er aber nur einen Hautschnitt. Die Patientin hatte drei Tage lang nach dem Eingriff starke Schmerzen. Zwei Tage hatte sie Harnverhaltung. Am ersten Tage hatte sie sich infolge der Narkose übergeben müssen. Bis zum 8. Tag war dann aber kein Erbrechen mehr aufgetreten. Von dem Ovarialschmerz fühlte sie sich befreit. Israel sah in dem Ergebnis seiner Behandlung einen Beweis dafür, daß die psychischen Vorstellungen in körperliche Empfindungen umgesetzt werden können. Um die Glaubwürdigkeit der Operation zu bekräftigen, stellte er die Frau kurz vor (80).

Die 65jährige Frau Elkan stellte Israel am 20. 10. 1880 vor, die bis zum Januar 1879 völlig gesund gewesen war. Dann waren Schwerhörigkeit und eine Verstopfung der Nase aufgetreten. Wenig später war die nasale Atmung unmöglich geworden. Darauf stellten sich Schluckbeschwerden ein, und die submaxillaren Drüsen der rechten Seite schwellen an. Im Oktober 1879 stellte sie auch eine Drüsenschwellung an der linken Halsseite fest. Später wurde sie fast taub. Die Nahrungsaufnahme bereitete wegen der starken Schluckbeschwerden Schwierigkeiten. Der Schlaf war wegen beschwerlicher Atmung schlecht. Als sie am 16. 1. 1880 in das Jüdische Krankenhaus eingeliefert wurde, war sie kachektisch, hatte eine graugelbe Hautfarbe und ihre Sprache war schlecht verständlich. Sie befand sich in einem großen Schwächezustand. Das, was sie als einen "Kloß im Hals" empfunden hatte, war eine weich elastische Geschwulst, die an der hinteren Pharynxwand entsprang und den Nasenrachenraum bis zu den Tonsillen ausfüllte. Die Lymphdrüsen auf der linken Halsseite bildeten ein Paket, das sich vom Kieferwinkel bis zur Klavikula hin ausgebreitet hatte. Es war ein gänseei-großer Tumor. Rechts war er taubeneigroß. Die Achseldrüsen

waren groß und hart, die Milz nicht vergrößert. Weiße Blutkörperchen waren nicht vermehrt vorhanden. Der Puls betrug 92 pro Minute. Seit fünf Monaten nach Beendigung der Therapie hatte die Patientin keinerlei Beschwerden mehr. Ihr war Solutio Fowleri in die Geschwülste injiziert und auch innerlich verabreicht worden. Die tägliche Dosis von 3 x 10 Tropfen war innerhalb von vier Wochen auf 3 x 10 Tropfen gesteigert worden und dann 11 Tage lang verabreicht worden. Daraufhin wurde die Dosierung wieder langsam verringert. Für die Injektion wurde Solutio Fowleri und destilliertes Wasser im Verhältnis 1 : 1 verwendet. Als Reaktion erhöhte sich der Puls während der Kur auf 140 pro Minute. Nach der zweiten Injektion vergrößerte sich die Rachengeschwulst etwas. In der zweiten Woche wurde sie dann kleiner, in der dritten Woche besserte sich das Gehör, und in der vierten Woche war die Nase wieder atmungsfähig. Nach neun Wochen waren alle Beschwerden beseitigt. Die Behandlung von malignen Lymphomen mit Arsen war 1871 durch Beobachtungen von Billroth als eventuell erfolgreich bestätigt worden (81).

Eine Frau mit einem Tumor Mammae dextrae führte G. K a - l i s c h e r (gest. 1898) am 19. 12. 1883 vor. Die jetzt 60-jährige Frau hatte mit 17 Jahren menstruiert. Mit 20 Jahren war sie Mutter geworden und hatte das Kind selbst gestillt. Im Alter von 40 Jahren trat das Klimakterium ein. Da bei ihrer Tätigkeit als Wäscherin die Brust oft gegen das Waschfaß gedrückt worden war, glaubte sie, daß der Tumor auf diese Art entstanden sei. Nach ihren Angaben war vor sechs Jahren auf der Spitze der rechten Brustwarze ein kleines Knötchen entstanden, das langsam, ohne erhebliche Beschwerden zu bereiten, wuchs. Der Tumor hing nun an einem dünnen Stiel von der Spitze der Brustwarze herab, die durch das Tumorgewicht zu einem langen Zylinder ausgezogen war. Der Tumor war etwas plattgedrückt 7,5 cm lang, 7 cm breit und 3 cm dick. Sein größter Umfang betrug 16 cm. Er hatte eine mittelweiche Konsistenz und war von erbsen- bis bohngroßen

Warzen überall bedeckt und mit tiefen Furchen versehen. Die Haut hatte eine normale Färbung. Kalischer bezeichnete den Tumor als ein Fibroma papillare. Virchow dagegen hielt ihn für ein gestieltes Lipom. Nach der geplanten Amputation sollte eine histologische Untersuchung Klarheit verschaffen (82).

Ferdinand K a r e w s k i (1858 - 1923) hatte am 19. 11. 1884 zwei Fälle vorzuführen. Der erste betraf eine 70jährige Frau, die schon vor vier Jahren von James Israel nach der Heilung von malignen Lymphomen gezeigt worden war. Seitdem waren noch viele Rezidive aufgetreten, die durch innerlichen Gebrauch von Solutio Fowleri erfolgreich behandelt worden waren. Nun hatte sich ein Rezidiv an den Tonsillen gebildet. Die Hals- und Achseldrüsen waren stark vergrößert. Als Solutio Fowleri wieder angewendet wurde, kam es zu Intoxikationssymptomen. Daraufhin gab man eine Lösung von reiner, arseniger Säure, die gut vertragen wurde. Die Patientin befand sich auch bei der Arsenbehandlung in einem guten Ernährungszustand (83).

Der 66jährige Herr N., der als Zweiter gezeigt wurde, war bis vor sechs Monaten stets gesund gewesen. Zu dieser Zeit waren die Halsdrüsen auf der rechten Seite angeschwollen. Seitdem hatte der Patient eine stetige Zunahme der Tumoren festgestellt. Er war inzwischen hochgradig abgemagert, und die Geschwülste hatten Nußgröße erreicht. Die inguinalen und axillaren Drüsen waren faustgroß angeschwollen. Auch Leber und Milz waren vergrößert. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Patienten wurde eine vorsichtige Arsenkur durchgeführt. Solutio Fowleri per os wurde nicht vertragen. Solutio acidi arsenicosi zeigte dagegen keine nachteiligen Nebenwirkungen. Bisher waren 22,5 g Solutio Fowleri innerlich, 13 g per injectionem und 0,4 g arsenige Säure per os verabreicht worden. Insgesamt waren dies 0,76 g Acid. arsenicos. Die Kur wurde dann wegen einer fieberhaften Krankheit

ausgesetzt. Die Geschwülste waren bis dahin auf 1/4 zurückgegangen, und der Patient hatte fünf Pfund zugenommen (83).

Ein neunjähriges Kind mit multiplen, über die ganze Körperoberfläche verstreuten Sarkomen der Haut war von Heinrich K ö b n e r (geb. 1838) erfolgreich behandelt worden. Als er es am 25. 1. 1882 mitbrachte, waren die Sarkome infolge der Arseninjektionskur größtenteils schon verschwunden oder in der Rückbildung befindlich. Mikroskopische Präparate sicherten die Diagnose (84).

Mehrere chirurgische Fälle brachte Ernst Georg Ferdinand K ü s t e r (1839 - 1930) zur Vorstellung. Am 5. 11. 1879 war es der 37jährige Wilhelm Borghardt, der höchstwahrscheinlich infolge einer rechtsseitigen Pleuritis ein Aortenaneurysma bekommen hatte. Bei der Operation am 30. 4. 1879 wurde die rechte A. carotis unterhalb der M. omohyoideus freigelegt und mit karbolisierter Darmsaite umgeben, die aber erst abgeschnürt wurde, nachdem der Patient halb zum Bewußtsein gekommen war. Dann wurde ein Drain gelegt und die Wunde geschlossen. Plötzlich daraufhin auftretende Schmerzen in der Magengrube besserten sich nach der Gabe von Morphin und Senfteig. Im Juni hatte sich die Geschwulst zurückgebildet. Der Patient konnte Spaziergänge machen und hatte keine Atemnot. Küster glaubte, daß es sich um ein sackförmiges Aneurysma des Aortenbogens in der Aorta ascendens handele. Nach heftigem Niesen am 15. 7. 1879 hatte der Patient wieder starke Schmerzen in der Magengrube, die nicht nachließen. Sie waren nach dem Essen besonders stark. Der Patient schlug eine Unterbindung der rechten A. subclavia vor. Am 22. 8. 1879 wurde diese Operation durchgeführt. Der Puls im rechten Arm war bis zum dritten Tag nach der Operation nicht tastbar. Der Schmerz ließ nach, und am 1. 9. 1879 wurde der Patient entlassen (85).

In der Sitzung am 12. 11. 1879 berichtete Küster, daß die

Vorstellung des Patienten am 5. 11. ihm stärkere Schmerzen bereitet hätte. Am 8. 11. wurde ihm Ergotinlösung subkutan injiziert, an demselben Abend war der Tod eingetreten (86).

Eine Frau mit einem Sarkom des Stirnbeins war es am 18. 5. 1881. Das Sarkom war höchstwahrscheinlich von der Stirnhöhle ausgegangen, hatte das Stirnbein durchwachsen und saß auf der Dura mater fest. Es wurden Knochenteile des Stirnbeines mit einem Meißel entfernt und ein Stück der Dura. Der Defekt war mit einem vorher abpräparierten Hautlappen der Stirn abgedeckt und mit Catgut vernäht worden. Im weiteren Verlauf traten keine Reaktionen ein. Die Patientin war schon acht Tage vor der Vorstellung aus dem Krankenhaus entlassen worden (87).

Im Jahr 1884 war es am 13. 2. ein 31jähriger Mann, der seit ca. sieben Jahren erbs- bis walnußgroße Knoten an verschiedenen Körperstellen hatte. Sie waren auf dem Körper unregelmäßig verteilt und scharf von der Umgebung abgegrenzt, für Lipome charakteristische Merkmale. Die mikroskopische Untersuchung durch James Israel bestätigte, daß die Geschwülste aus Fettgewebe bestanden (88).

An demselben Tage war es noch ein 37jähriger Mann mit Hautgeschwülsten. Seit etwa 15 Jahren hatte er oberhalb des rechten Ellenbogengelenkes eine hühnereigroße, feste Geschwulst, die sich im Bereich des N. radialis befand. Sie war seither kaum gewachsen. Bei einer stärkeren Berührung verspürte der Patient Schmerzen auf den ersten drei Fingerücken. Vor 11 Jahren waren außerdem noch haselnußgroße Geschwülste entstanden. Sie waren weich, frei verschiebbar und lagen in der Kutis oder unter der Haut. Da sie sich seit 11 Jahren nicht verändert hatten, waren maligne Metastasen nicht zu befürchten gewesen. Mikroskopisch war ein Fibroma molluscum diagnostiziert worden. Außerdem bestand noch eine vom Perineurium am Ellenbogen ausgehende fibröse Geschwulst. Da die Operation einer derartigen Nervengeschwulst infolge möglicher Lähmungserscheinungen sehr risikoreich war, wollte

sie Küster nur dann durchführen, wenn die Geschwulst noch weiterhin wachsen würde (89).

Schließlich am 10. 12. 1884 "... demonstriert E. Küster die jetzt vollkommen geheilte Patientin, über die er vor drei Wochen gesprochen und bei welcher er wegen eines Blasenpapilloms den hohen Steinschnitt gemacht hatte" (90).

L a n d s b e r g (91) zeigte am 18. 11. 1874 ein acht-jähriges Mädchen, das vor 18 Monaten ein Netzhautgliom bekommen hatte. Es war seit August 1872 auf dem linken Auge erblindet und es bestand "ein heller Schein" in der Pupille. Am 8. 5. 1873 wurde das früher gesunde Auge enukleiert. Außerdem mußten 8 mm vom Sehnerven entfernt werden, da das Gliom von der äußeren Netzhautfläche ausgehend sich etwa 4 mm weit in den Sehnerven ausgebreitet hatte. Da das Gliom in einem Frühstadium erkannt worden war, hatte Landsberg die Hoffnung, daß der Heilerfolg bleibend sein werde (92).

Der 28-jährige Seidenwirker August Wenzel war im Sommer 1874 in das Klinikum aufgenommen worden (Vorstellung durch v. Langenbeck am 21. 10. 1874). Seine Mutter war an Lungentuberkulose gestorben. Im Alter von 12 Jahren waren bei ihm Veränderungen im rechten Knie aufgetreten, wo er einen Druckschmerz gehabt hatte. Mit 18 Jahren war eine Schwellung über dem rechten Knie entstanden, die stetig gewachsen war. Sie hatte sich bis zur Mitte des Oberschenkels ausgedehnt. Die Lymphknoten in der Leistengegend waren stark angeschwollen. Von Langenbeck entschloß sich, am 26. 7. 1874 eine Ex-artikulation unter Bildung eines hinteren Lappens vorzunehmen. Nachdem mit Hilfe von Gummibinden Blutleere erreicht worden war, legte v. Langenbeck einen Lappenschnitt von oberhalb des Trochanter maior abwärts zum hinteren Oberschenkel, zwischen innerem Oberschenkel und Perineum endend. Die Gefäße wurden mit Catgut genäht. Nach der erfolgten Ex-artikulation wurde der Lappen nach vorne geklappt. Die Temperatur stieg in den ersten sieben Tagen auf $39,5^{\circ}$ Celsius,

um sich dann zu normalisieren. Der Patient, bei dem noch eine länger dauernde Eiterung aufgetreten war, konnte am 5. 9. als geheilt entlassen werden. Die Herstellung eines Stelzfußes war beabsichtigt.

Anschließend wies v. Langenbeck noch darauf hin, daß normalerweise der vordere, innere Lappen verwendet werde. Im übrigen sei man in den U.S.A. von Exartikulationen abgekommen, da man glaubte, daß der aus dem Eingriff resultierende Schock zu oft tödlich sei. Bei den vier von v. Langenbeck in Friedenszeiten durchgeführten Beinexartikulationen war eine letal ausgegangen (93).

In der Sitzung am 18. 11. 1885 hatte Karl Johann August L a n g e n b u c h (1846 - 1901) drei chirurgische Fälle für die Gesellschaft: Erstens "Demonstration eines Knaben, an welchem mittels Laparatomie ein Nierenkarzinom entfernt wurde." - Zweitens "Demonstration eines Kranken, an welchem die Gallenblase exstirpiert wurde." - Drittens "Demonstration einer Frau, an welcher Wanderniere und Gallenblase gleichzeitig entfernt wurden." (94)

Am 19. 12. 1883 berichtete Georg Richard L e w i n von einer 44jährigen Frau, die seit zehn Jahren eine lupöse Neubildung hatte, die im Laufe der Zeit einen großen Teil des Gesichtes eingenommen hatte. Der Lupus war an einigen Stellen geschwürig zerfallen. An anderen hatte er hypertrophe Formen angenommen. Am Kinn hatte sich aus dem Lupus ein Karzinom entwickelt, das dasselbe völlig einnahm und eine "ziemliche Höhe erreicht" hatte. Die karzinomatöse Natur der Geschwulst war mikroskopisch gesichert worden. Hierin sah Lewin einen Beweis dafür, daß ein Lupus sich zu einem Epitheliom entwickeln könne (95).

Die 51jährige Henriette K., die Moritz Meyer (1821 - 1893) am 25. 11. 1885 vorführte, hatte neun Jahre lang Zungengeschwüre gehabt. Bei der zweieinhalb Stunden dauernden Entbindung von Zwillingen Ende Juni 1876 hatte sie sich infolge einer starken Wehe die Zunge so sehr zerbissen, daß alle lokal angewandten Mittel, unter anderem Ätzung mit Argentum nitricum und mehrmaliges Abschleifen der kleinen spitzen Zähne weder Besserung noch Heilung gebracht hatten. Da sie bei jeder Zungenbewegung einen brennenden Schmerz empfand, nahm sie hauptsächlich flüssige Nahrung zu sich. Seit April 1884 hatten die Schmerzen derartig zugenommen, daß sie kaum hatte Schlaf finden können. Als sie am 28. 1. 1884 erstmals zu Meyer zur Behandlung kam, war ihre Zunge mit dickem, weißem Schleim bedeckt. Sie war mit Narben versehen und zeigte oberflächliche Risse. Die Zungenspitze war zerrissen und von sechs Geschwürflächen bedeckt. Sie hatte einen starken Berührungsschmerz. Durch die Behandlung mit konstantem Strom besserte sich im Laufe der Zeit der Zustand der Zunge. Bei der Behandlung wurde der Patientin die größere Kathode in die Hand gegeben, während die schmale, balkenförmige Anode 1/2 Minute an die schmerzenden Stellen gehalten wurde. Die schmerzstillende Wirkung trat bald ein. Nach 190 Sitzungen innerhalb von 1 1/2 Jahren waren alle Geschwüre vernarbt, die Patientin empfand keinen Schmerz mehr und konnte normal sprechen. Das Essen fester Speisen bereitete ihr keine Probleme mehr, und sie hatte einen normalen Schlaf. Meyer empfahl diese Therapiemethode anstatt der Anwendung von Milchsäure, Tannin, Borsäure und Argentum nitricum, zumal bei der Behandlung kein Schmerz aufträte, da der Strom nur so stark sei, daß man ihn gerade spüren könne (96).

H. Müller zeigte am 10. 5. 1882 eine Frau mit Pachydermatozelen. Die 32jährige, kyphotische Frau war aus der Praxis von Dr. Landauer gekommen. Außer den Pachydermatozelen hatte sie nie andere Beschwerden gehabt. Sie soll gleich nach der Geburt an ihrem Körper einige braune Male

gehabt haben, die langsam größer geworden waren und sich vom vierzehnten Lebensjahr an zu eigentlichen Geschwülsten entwickelt hatten. Bis in die letzte Zeit hatten sie sich vergrößert. Wenn man den Rumpf betrachtete, glaubte man, daß der mittlere und untere Teil desselben von einer Anzahl von Geschwulstlappen oder Geschwulstbeuteln bedeckt war. Sie bildeten eine Schicht, die nur in der Gegend der rechten vorderen Axillarlinie eine einige Zentimeter breite Lücke hatte. Auch in der Nabelgegend und auf der linken Rückenseite war noch eine Lücke zu finden. Die Geschwulstmasse bestand aus drei nicht zusammenhängenden Teilen, die in Lappen oder Beutel aufgeteilt waren, deren längster bis zur Mitte des linken Oberschenkels hinunterhing. Die Beutel hatten keinen Inhalt und ließen sich auseinanderziehen. Die Ansätze ließen sich bis auf etwa 8 cm aneinanderrücken. Die Haut hatte eine kupferbraune Farbe und war mit Fältchen und Furchen besetzt. Die Konsistenz der Geschwulstlappen war die einer schlaffen, weiblichen Brustdrüse (97).

Georg Anton S a l o m o n (1849 - 1916) führte am 8. 5. 1878 einen 21jährigen Tischlergesellen mit multiplen Neuromen vor. Er hatte eine Empfindlichkeit der Wirbelsäule im Bereich vom 4. bis zum 6. Brustwirbel. Seine Beine waren schwach. Viele linsen- bis erbsengroße Tumoren fanden sich teils rosenkranzförmig und meistens symmetrisch am Hals, in der Okzipitalgegend, an der Rumpfvorderseite und an den Ober- und Unterschenkeln. An den Armen gab es auch eine Verdickung der Nervenstämme. So war der N. ulnaris federkiel dick angeschwollen. Es entstanden laufend neue derartige Veränderungen. Der Patient war gedächtnisschwach und demens (98).

Die Geschwulst eines Mannes war sechs Wochen vor seiner Vorstellung am 6. 12. 1882 durch den Sanitätsrat S c h m i d t exstirpiert worden. Sie hatte die Größe einer halben Billard-

kugel gehabt und fest auf der rechten Seite des Sternums gesessen. Bei der Operation wurde festgestellt, daß es ein Gumma und kein Sarkom war. Die Geschwulst saß pilzartig auf einem Stiel, der zwischen der 3. und 4. Rippe hervorkam. Da sie sehr fest saß, ihr Stiel vom Mediastinum ausging oder mit demselben zusammenhing, konnte sie erst nach Resektion eines Teiles der Rippen aus der Tiefe entfernt werden. Dabei wurde ein Teil der Pleura exstirpiert und die rechte Pleurahöhle eröffnet. Nach Beendigung der Operation wurde Listergaze aufgelegt. Es trat nur eine leichte pleuritische Reizung ein. Als am dritten Tage die Gaze vorsichtig herausgezogen wurde, war die Pleurahöhle schon bereits geschlossen. Ein "compressiver Listerverband, der 14 Tage lag, bewirkte eine definitive Heilung" (99).

Die 33jährige Emilie Klingsporn war am 18. 2. 1881 erstmals in die Behandlung zu Heinrich Leopold S c h o e l e r (1844 - 1918) wegen eines Aderhautkarzinoms gekommen. Bis zu ihrer Vorstellung am 15. 11. 1882 hatte sich die Sehkraft auf beiden Augen ständig verschlechtert. Auf dem rechten Auge war sie seit etwa zehn Wochen fast blind. Die Sehschärfe betrug rechts 5/200 und links 1/7. Infolge von Netzhautablösung im unteren Bereich war auf dem rechten Auge ein Gesichtsfelddefekt nach oben hin eingetreten. Der Sehnerv war tief gerötet. Die Gefäße waren erweitert, und es gab eine grauweiße, rötliche Ringzone um den Sehnerveneintritt. Die linke Augenpapille war leicht hyperämisch. Nur in der Regio centralis gab es eine Trübung von 1 1/2 Papillendurchmessern. In den Intervaskulärräumen des Choroidealstromas gab es kleine, graue, weiße unpigmentierte Herde. Schoeler schloß auf eine Geschwulstbildung in der Choreoidea. Es waren dort Gefäßneubildungen, Sklerosen, abnorme Pigmentansammlungen und zahlreiche Knötchen festzustellen. Seit sechs Jahren hatte sie eine Geschwulst in der linken Mamma gehabt, die vor einem halben Jahr von Bardeleben operiert worden war. Dieser Tumor hatte sich bis zu den Rippen und in die

Achselhöhle ausgebreitet. Es wurde auch noch ein Knoten in der Gegend des linken Sternoklavikulargelenkes entfernt. Zehn Wochen nach der Operation hatte die Patientin für sechs Wochen einen Ikterus und eine schwere Brustfellentzündung. Jetzt waren Knoten in der Achselhöhle zu tasten. Histologisch wurde der Verdacht auf ein Karzinom bestätigt. Somit war es der dritte Fall eines doppelseitigen, metastatischen Aderhautkarzinoms, der während des Lebens der Patientin diagnostiziert wurde. Bis Ende November 1882 war die Patientin fast gänzlich erblindet. Die Netzhautablösung verschwand und die Erscheinungen am Sehnerv bildeten sich zurück. Es trat kein Skleradurchbruch ein, und auf der Netzhaut bildeten sich keine Hügelchen. Eine Pigmentierung trat später auch noch in den Aderhautknötchen und in der zentralen Trübung des linken Auges ein. In Band 14, S. 204 teilte Schoeler den am 24. 3. 1883 erfolgten Exitus der Patientin mit. Seine Diagnose war durch den Pathologen bestätigt worden (100).

Eduard S o n n e n b u r g (1848 - 1915) führte am 30. 5. 1883 einen Mann mit einem Sakraltumor vor, der einen Tag zuvor in die "Königliche Klinik" aufgenommen worden war. Der Tumor saß am Rücken des Patienten in der Mittellinie mit breiter Basis auf. Es ließen sich festere Bestandteile durchfühlen. Wie sich später herausstellte, war dieser Tumor tatsächlich ein Dermoid mit eigenartigen harten Einlagerungen in der Wandung (101).

Ein 43jähriger Mann, den Friedrich T r e n d e l e n - b u r g (1844 - 1924) am 12. 5. 1875 vorstellte, hatte bis zu seinem elften Lebensjahr einen totalen linksseitigen Kryptorchismus gehabt. Einige Male war der Hoden durch den Leistenkanal unter Darmeinklemmungserscheinungen herausgetreten. Das Zurückschieben beseitigte jeweils die Beschwerden. Als am 11. 4. 1875 der Hoden wieder austrat, mißlang die Reposition. Die hintere Apertur des Leistenkanals wurde

mit einem Bruchmesser erweitert, und es folgte darauf die Reponierung. Die Wunde heilte "unter Lister'schem Verbande". Mit Ausnahme von Koterbrechen, das 12 Tage lang andauerte, waren alle Beschwerden sofort beseitigt. Man gab dem Patienten reichlich Opium und hochgehende Klistiere. Höchstwahrscheinlich war eine Darmschlinge verklebt gewesen. Ähnliche Fälle waren zuvor schon beobachtet worden (102).

Ein 49jähriger Buchhalter mit einem Hautkarzinom wurde der Gesellschaft am 11. 12. 1872 von Julius W. W o l f f gezeigt. Außer einem primären Ulcus syphilis molle, das er vor 25 Jahren gehabt hatte, war der Patient bis Ostern 1872 gesund gewesen. Im März 1872 hatte er eine strangartige, schmerzhaft Verhärtung an der rechten Halsseite bekommen, die sich schnell bis ins Gesicht und zur Klavikula und in den Bereich des Genicks hin ausbreitete. Bis in die letzte Zeit waren immer neue Knötchen und Verhärtungen entstanden, die zusammenwuchsen und sich bis zum dritten ICR, zur Nase und zum Kinn hin ausgebreitet hatten. Das rechte Auge war seit drei Wochen durch ein Ödem verschlossen. Ebenso war ein Ödem auf den Lippen zu finden. Die Oberfläche war nirgends exulzeriert. Die Peripherie des Karzinoms war teilweise durch Pigment dunkelbraun gefärbt. Die Atmung war erhöht, die Stimme schnarrend, der rechte Arm war paretisch geworden. Der Kopf war fast unbeweglich. Der Patient war stark abgemagert. Wahrscheinlich handelte es sich hier nicht um eine Sclerodermia adultorum und auch um keinen Lupus. Die Symptome und auch die mikroskopische Untersuchung sprachen eher für die Form eines Karzinoms (103).

Vor acht Jahren hatte eine 23jährige Frau eine Geschwulst an der linken Halsseite erstmals bemerkt. Sie war seit fünf Jahren verheiratet und hatte drei Kinder. Bei der letzten Schwangerschaft vor einem Jahr war die Geschwulst stärker gewachsen. Bei Kopfbewegungen hatte sie erhebliche Beschwerden. Deshalb war sie zu Julius W. Wolff gekommen, der die

Frau am 9. 1. 1884 demonstrierte. Der Zysteninhalt bestand aus reinem venösen Blut, das durch starken Druck auf die Zyste sich innerhalb von zwei Minuten in die Vena jugularis entleeren ließ. Bei Erregung und Stauung wuchs die Zyste von Gänseeigröße auf Mannsfaustgröße an. Wolff plante eine sukzessiv gesteigerte Abschnürung der bis zur Basis freigelegten und zuvor entleerten Zyste. Der erste Catgutfaden sollte möglichst weit unten an der Basis gelegt werden. Darunter sollten weitere Catgutfäden gelegt werden, bis die Abhebung der Zyste völlig verschwunden wäre. So wäre die Gefahr einer großen Blutung und die des Lufteintrittes in die Vene verhindert. Eine derartige operative Zystenbeseitigung war bisher nur in zwei Fällen durchgeführt worden. Einmal von Hueter und im Sommer dieses Jahres von Julius W. Wolff selbst (104).

Z a d e k stellte am 6. 2. 1884 einen 20jährigen Mann vor, der aus einer gesunden Familie stammte und stets gesund gewesen war. Im Mai 1883 hatte er für einige Tage Fieber verbunden mit einer Hämoptoe, Husten und geringem Auswurf. Auf der linken Thoraxseite wurde eine leichte Dämpfung bis zum Angulus scapulae festgestellt, die auch bis nach vorn reichte. Die vermeintliche Herzdämpfung ging dort bis einige Zentimeter über den rechten Sternalrand hinaus. Als nach zwei bis drei Wochen das Exsudat voll abgebaut worden war, war die ganze linke Seite bis zur siebenten Rippe vorgewölbt und pulsierte. Der Spitzenstoß fehlte. Der Fremitus war schwach, und es bestand eine starke Dämpfung. Pulsationen rechts vom Sternum und im Epigastrium waren sichtbar. Neben den zwei Herztönen gab es ein systolisches Geräusch, letzteres war nur über der Aorta zu hören. Die Unterleibsorgane waren weder verlagert, noch vergrößert. Der Patient sah leicht zyanotisch aus. Die tägliche Urinmenge war verringert. Der Patient arbeitete den ganzen Tag und hatte dabei keinerlei Beschwerden. Nur beim Treppensteigen und bei größeren körperlichen Anstrengungen sowie bei Gemütererregungen bekam

er beträchtliches Herzklopfen. Die Vorwölbung des Thorax hatte er schon seit Jahren gehabt. Da der Tumor im vorderen Thoraxraum auf der linken Seite saß, handelte es sich entweder um ein Aneurysma oder um einen Tumor des Mediastinums, der Pleura, des Perikards oder der Lunge. Gegen ein Aneurysma sprach das gute Allgemeinbefinden des Patienten. Daher war ein solider, zystischer Tumor in der linken Brusthälfte wahrscheinlicher. Weitere Untersuchungen, wie z. B. Punktionen würden das Leben des Patienten gefährden. Da die Beschwerden des Patienten relativ gering waren, bestand auch keinerlei Veranlassung, die Ursachen festzustellen, um sie eventuell zu beseitigen (105).

IV. KIEFERCHIRURGIE

Zu dem Bereich der Chirurgie eng verwandten Kieferchirurgie zählten nur relativ wenige Krankenvorstellungen, da es nicht viele Spezialisten für derartige Eingriffe gab und die Erfolge noch zu oft den Wünschen nicht entsprachen.

Einen derartigen Fall hatte B e r g am 4. 5. 1881 der Gesellschaft zu zeigen. Die Patientin war wegen einer Mastitis, die sie während der Schwangerschaft bekommen hatte, zu Berg gekommen. Er stellte bei ihr eine Spalte des harten und des weichen Gaumens fest. Am 3. 2. 1881 machte er bei der Patientin eine Staphyloraphie und eine Uranoplastik. Inzwischen war eine Heilung der Wunden fast vollständig eingetreten. Die Uvula, die zuvor zweigeteilt gewesen war, war genäht worden. Jedoch atrophierte sie später. Das funktionelle Resultat ließ nach den Worten von Berg zu wünschen übrig. Berg hatte noch in Erfahrung gebracht, daß zwei Kinder der Patientin auch eine Gaumenspalte hatten (106).

Paul H e y m a n n (1849 - 1930) zeigte am 30. 11. 1881 eine Frau mit einem Zwischenstadium zwischen Uvula bifida und Wolfsrachen. Der recht tief liegende Spalt hatte keine Sprachbeschwerden zur Folge. "Sie habe sogar früher meistens gut singen können". Heymann sprach aber nicht über irgendwelche beabsichtigten Therapiemaßnahmen (107).

Zwanzig Jahre zuvor, am 29. 5. 1861, hat einer der Pioniere der Gaumenspaltenchirurgie, Bernhard v. L a n g e n - b e c k der Gesellschaft berichtet, daß ihm nach seinem Wissen erstmals die völlige, operative Schließung einer totalen, angeborenen Spaltung des harten und weichen Gaumens gelungen sei. Nachdem er die bis dahin ausgeübten Operationsmethoden geschildert hatte, erklärte er die neue Methode, die er angewandt hatte. Bei dem 14jährigen Knaben war bereits

im zweiten Lebensjahr eine linksseitige Lippenspalte operiert worden, nachdem eine vorangegangene Operation gleich nach der Geburt mißglückt war. Schon am 6. 1. 1861 hatte v. Langenbeck das gespaltene Gaumensegel vereinigt. Am 11. 5. 1861 führte er dann die Uranoplastik durch. Hierbei war zuerst das Periost und die Schleimhaut bis vor zum Zahnfleisch abgelöst worden. Die beiden Lappen waren sodann zusammengenäht worden. Es war jetzt nur noch eine Narbe und an der Spitze der Uvula eine Einkerbung zu sehen. Eine gleichartige Operation hatte v. Langenbeck an dem Tage, an dem er den Knaben vorstellte, bei einer 24jährigen Frau erfolgreich durchgeführt (108).

Einen 15jährigen Knaben mit noch bestehender völliger Spaltung von hartem und weichem Gaumen zeigte v. Langenbeck am 21. 1. 1863. Die Sprache war fast völlig unverständlich. Bernhard v. Langenbeck äußerte sich zu den Operationsmöglichkeiten bei derartigen Defekten und wies darauf hin, daß nach erfolgreicher Operation nach geraumer Zeit häufig eine Sprachverbesserung zu beobachten war. Bisher waren von ihm 21 Operationen erfolgreich durchgeführt worden. Bei drei weiteren war die Heilung nur unvollständig geblieben. Er führte dies auf anfänglichen Erfahrungsmangel zurück (109).

Bei einem anderen Patienten mit einer Spaltung des harten und des weichen Gaumens hatte v. Langenbeck am 23. 1. 1863 einen totalen Verschuß des harten Gaumens vorgenommen und die Ränder der noch nicht operierten Gaumensegelplatten bis auf die Hälfte der ursprünglichen Entfernung aneinandergerückt. Diesen Patienten bekam die Gesellschaft am 11. 2. 1863 zu sehen (110).

Wegen Lupus war ein Patient von Bardeleben behandelt worden. Da nun noch ein Oberkieferdefekt bestand, war der Patient dann zu C. Sauer (1835 - 1892) gekommen. Er stellte fest, daß an beiden Oberkieferbeinen je ein Stück bis zum 1. kleinen Backenzahn einschließlich

und der Zwischenkiefer fehlten. Um die Kieferreste wieder in eine möglichst normale Stellung zu bringen, verwendete Sauer eine sogenannte Coffinplatte, die, an den Zähnen befestigt, mit Hilfe von Metallfedern die beiden Kieferreste langsam auseinanderdrängte. So konnte eine Dehnung von 2,2 cm erreicht werden. Nun wurde ein Verschluß für den harten Gaumen konstruiert. Anschließend machte man zu den Lippenflächen hin Auflagen aus Guttapercha, wodurch die operativ hergestellte Lippe gedehnt wurde. Auch wurden ein Zwischenstück mit Zähnen, ein Obturator für den weichen Gaumen und eine Kautschuknase angefertigt, wobei die Nase von Herrn "Castan in liberalster Weise dem Gesichtsteint entsprechend" bemalt worden war. Die Befestigung nach unten erfolgte durch eine von der künstlichen Nase ausgehenden Kanüle, die in die Nasenöffnung geschoben wurde. Nach oben hin war sie an einer Brille befestigt. Ein Bart verbesserte das Aussehen. Wie Sauer noch darauf hinwies, hatten drei Studenten unter seiner Anleitung die Arbeiten durchgeführt. Den Patienten brachte Sauer zu der Sitzung am 20. 5. 1885 mit (111).

Eine interessante Beobachtung machte Julius W o l f f bei einem 13jährigen Knaben, den er wegen Unguis incarnatus behandelte. Ihm war bei dem Buben die näselnde Aussprache aufgefallen. Als er die Mundhöhle betrachtete, konnte er einen gut geformten Gaumen feststellen, aber es gab auch Zeichen für eine spontan geheilte Gaumenspalte. Neben der unregelmäßigen Stellung der Schneidezähne war eine strangartige Narbe in der Mittellinie des Involucrum palatini duri festzustellen, die sich als weißer Streifen durch das weiche Gaumensegel bis zur gespaltenen Uvula hin fortsetzte. Die Spaltung des harten Gaumens war tastbar. Der hintere Vomer fehlte und die Oberlippe war zwar normal geformt, aber auffällig kurz. Für derartige Fälle empfahl Wolff eine Operation und danach die Anwendung einer Prothese, die aus weichen Obturatoren bestand.

In der Literatur waren ähnliche Fälle bisher zweimal von v. Langenbeck, zweimal von Gustav Simon und einmal von Passavant erwähnt worden. Die Gesellschaft sah den Knaben in der Sitzung vom 1. 3. 1882 (112).

V. ORTHOPÄDIE

Die Zahl der orthopädischen Fälle ist recht groß, etwa der der Chirurgie vergleichbar. Hier hatten die Benutzung neuer Instrumente und Hilfsapparate, sowie die Befolgung der Asepsis im Operationssaal und die Verwendung neuer Werkstoffe den Orthopäden viele neue Möglichkeiten verschafft.

Der zumindest in den ersten zehn Jahren des Bestehens der Gesellschaft aktivste unter den Orthopäden war H. W. Berend. Er hatte bei einem 16jährigen Knaben einen Pes equinus operativ beseitigt (Vorstellung am 27. 1. 1861). Dies war eine knöcherne Verwachsung des Tibiotarsalgelenkes, die nach einer vernachlässigten Unterschenkelfraktur und Fußluxation entstanden war. Der junge Mann hatte nur noch auf den äußersten Zehenspitzen gehen können. Berend hatte die Operationsmethode nach Velpeau angewandt. Das heißt, er schnitt einen Keil aus der Tibia und der Fibula heraus. Nach einer sechsmonatigen Kurzeit konnte der Patient mit voller Sohle wieder auftreten. Berend erklärte, daß diese Methode erstmals mit "glücklichem Erfolg ausgeführt" worden sei, soweit Literatur Kunde giebt" (113).

Die Protokollnotiz vom 19. 12. 1860 kann hier wörtlich wiedergegeben werden. "Herr Berend stellte nach Vorlesung des obigen Protokolles mehrere von ihm von Klumpfüßen geheilte Patienten vor, bei denen er den Nachweis führte, daß von den obigen, von Herrn Ohm dem Sehnenschnitt gemachten Vorwürfe keine Spur aufzufinden sei". In einer anschließend geführten Diskussion über die Tenotomie blieb Berend bei seiner Ansicht, daß sie in den meisten Fällen zu bejahen sei (114).

In der Sitzung vom 8. 5. 1861 hatte H. W. Berend zwei Fälle von Ankylosis. Im ersten Fall, bei einem 24jährigen Patienten, war die Ankylosis rechtwinklig und knöchern bei einer Abduktion des Oberschenkels. Berend plante eine keilförmige

Exzision im Femur unterhalb des Schenkelhalses. In einer Diskussion plädierte Langenbeck für eine einfache Durchsä-gung des Femur, da das Bein sonst kürzer werden würde. Berend führte dagegen an, daß bei den vier bekannten Fällen einer keilförmigen Exzision ein größerer Erfolg erzielt worden war als bei dem Maisonneuve'schen Fall, bei dem bei einer einfachen Durchsä-gung ein mangelhaftes Resultat zu verzeichnen war (115).

Der zweite Patient war 26 Jahre alt. Nach einem Sturz vor sechs Jahren konnte er nur noch mit Hilfe von Stützen auf dem linken Oberschenkel stehen. Eine Bewegung war kaum mög-lich. Es hatte sich eine rechtwinkelige Ankylosis des Ober-schenkels sowie eine sekundäre, kyphotische Verkrümmung des Rumpfes entwickelt. Bisher war er zwei Jahre lang behandelt worden. Im Abstand von einigen Monaten war mehrmals eine un-blutige Streckung des linken Schenkels vorgenommen worden. Auch war der Schenkel in einem orthopädischen Bett fixiert worden und man hatte in diesem auch eine langsame Reduktion der Wirbelsäule durchgeführt. Da die Kyphose noch nicht verknöchert gewesen war, hatten diese Maßnahmen und Heilgym-nastik zu einer besseren Haltung geführt. Nunmehr bestanden noch rheumatische heftige Neuralgien im rechten gesunden Schenkel, denen man durch subkutane Injektionen mit Morphinum und Atropin sowie mit Elektrizität, Veratrin und Moorum-schlägen erfolglos beizukommen versuchte. Jetzt war eine Kur in Bad Teplitz geplant (116).

Bei einem Mann mit einer Pseudarthrose an beiden Knochen im unteren Drittel des einen Vorderarmes, der dadurch winkelig gebogen war, plante Berend eine Operation (Sitzung am 30. 10. 1861; 117). Derselbe Mann, der 43jährige Heinrich Otten, wurde am 5. 3. 1862 wieder vorgestellt. Er hatte sich im November 1860 beide Vorderarmknochen gebrochen. Zwei Jahre später, am 2. 11. 1862, war er dann operiert worden. Berend hatte eine Resektion des Radius unter Bewahrung des Periostes durchgeführt. Das Armgelenk war jetzt gut beweglich und be-lastbar. Die Pseudarthrose der Ulna verschwand ohne weitere

Eingriffe nach dieser Operation (118).

Eine schräge Fraktur des unteren Oberarmdrittels bei einem fünfjährigen Knaben hatte durch "anderweitige" Behandlung zur Kontraktur des rechten Handgelenkes mit einer Flexion der Finger geführt. Die Fingerspitzen berührten nun die Handfläche, wodurch die Hand unbrauchbar geworden war. Nach Durchtrennung des Flexor carpi ulnaris und einer anschließenden orthopädischen, heilgymnastischen Behandlung war binnen einiger Monate alles geheilt. Berend konnte den Knaben am 5. 3. 1862 mit einer voll brauchbaren, rechten Hand vorstellen (119).

Die knöcherne Ankylosis des rechten Hüftgelenkes mit einer rechtwinkeligen Abduktionsstellung infolge einer rheumatischen Koxitis konnte bei einem 27jährigen Patienten durch Osteotomie geheilt werden. Bei der Vorstellung am 30. 4. 1861 berichtete Berend über seine Maßnahmen. Er hatte ein keilförmiges Knochenstück aus dem Trochanter major herausgeschnitten. Nach zehnmonatiger Behandlung konnte der Patient in aufrechter Haltung mit Hilfe eines Stockes normal gehen. Die $1\frac{1}{2}$ öllige Verkürzung des Beines war durch eine Sohle ausgeglichen worden. Derartige Operationen waren erst siebenmal durchgeführt worden. Dreimal in den USA: Zuerst 1826 von Rhea Barton, Rodgers und von Kearny. In Frankreich 1847 von Maisonneuve und in Deutschland von Textor, von Weber und in Altona von Ross (120).

Ein 13jähriges Mädchen mit angeborenen Klumphänden und -füßen zeigte Berend am 15. 4. 1863. Mit Hilfe eines orthopädischen Apparates konnte die Lähmung der Vorderarmbeuger wieder aufgehoben werden. Berend hatte die Handwurzelbeuger durchschneiden müssen und anschließend eine orthopädisch gymnastische Nachbehandlung veranlaßt. Nun konnte das Mädchen wieder seine Finger benutzen (121).

Der 27jährige Schullehrer Wiesenfelder war aus Fulda zur Behandlung zu Berend nach Berlin gekommen (Vorstellung am

6. 5. 1863). Vor drei Jahren hatte sein Elephantiasis-leiden, auch *Lepra arabica* genannt, in Form eines linsengroßen Blättchens oberhalb des Knies begonnen. Es war leicht wund und blutete schon bei geringfügigen Läsionen. Vor 2 1/2 Jahren war er von einem Ochsen oberhalb des Knies getreten worden. Da angeblich eine Sehne leicht verletzt worden war, wurde er operiert. Danach trat eine Schwellung des Gelenkes bis zur Hüfte und bis zum Fuß ein, die seitdem bestehen blieb. Außerdem bildete sich eine stumpfwinklige Verkrümmung des Knies aus. Nach sechs Monaten war die Wunde geheilt. Darauf trat eine Degeneration des Fußes ein. Bei einer Untersuchung am 14. 1. 1861 war die linke untere Extremität im Knie gebeugt und fast knöchern ankylosiert. Im Stand lag die linke Seite des Beckens um zwei Zoll tiefer als die rechte. Am Fuß und am Fußgelenk waren tuberöse Anschwellungen zu finden, die Haut war dort trocken, rissig und schuppig. Die Fußnägel sahen gesund aus. Der Gang des Patienten vollzog sich hinkend auf der Fußspitze. Zur Resorption der Exsudatmassen wurden Kompressionen durchgeführt. "Zittmann'sche Decocte", Lebertran auch mit Jod versetzt und eine Kraftdiät wurden dem Patienten verabreicht. Nach 14 Monaten war, unterbrochen durch kleine Abszesse an der Hüfte, die Heilung eingetreten. Nach sieben Monaten hatte Berend durch Brechen eine fast völlige, unblutige Beseitigung der Knieankylose erreicht. Der Fußumfang betrug jetzt nur noch 1 Fuß, 1 Zoll im Gegensatz zu 1 Fuß, 6 Zoll zum Zeitpunkt der größten Anschwellung. Auch der Schenkelumfang nahm oben um zwei Zoll und unten um sechs Zoll ab. Im Kniegelenk war fast keine Winkelstellung mehr zu beobachten, und von den Hüftgewebsabszessen waren nur noch die Narben zu sehen. Der Patient konnte nun mit voller Sohle auftreten und hatte freie Bewegung im Hüftgelenk. Dadurch war der Gang des Patienten beträchtlich verbessert. Berend wies darauf hin, daß er auf diese Weise den häufig lebensgefährlichen operativen Eingriff umgangen hatte. Ihm war kein vergleichbarer Fall bisher bekannt geworden, auch nicht aus London, wo sehr

viele Fälle von Elephantiasis infolge der Zureise zahlreicher Bewohner der englischen Kolonien auftraten (122).

Am 27. 7. 1864 führte Berend ein stark gelähmtes Kind vor, das nur die Arme bewegen konnte. Die Beine schleppte es passiv nach. Nach der Beseitigung der Hüftkontrakturen und der orthopädischen Stützung der Schenkel hoffte Berend, daß das Kind dann aufrecht gehen werden könne (123).

Bei einem Manne hatte Berend die bestehende, rechtwinklige, sehr feste, rheumatische Hüftankylose mit Reduktion nach seiner eigenen Methode durch unblutige Streckung geheilt. Da nach dem ersten Eingriff eine Beckenschiefstellung und eine geringfügige Abduktion noch bestanden, mußte eine zweite durchgeführt werden. Nun waren zur Zeit der Vorstellung am 1. 3. 1865 die Beckenstellung waagrecht und das Beckengelenk wieder etwas beweglich (124).

Ein 62jähriger Mann hatte vor 30 Jahren einen Tibiasplitterbruch gehabt und infolge der Fraktur einen Klumpfuß bekommen. Berend hatte durch eine Achillessehnedurchschneidung den Klumpfuß damals beseitigen können. Nun war im Unterschenkel ein Fungus entstanden, der alles zerfressen und unstillbare Blutungen gezeigt hatte. Berend nahm eine Oberschenkelamputation vor, deren Wunden gut abheilten. Die Vorstellung des Patienten erfolgte am 1. 3. 1865 (125).

H. W. Berend zeigte außerdem an demselben Tag einen 21jährigen jungen Mann, bei dem eine aus einer infantilen Paralyse der oberen Extremitäten hervorgegangene Elephantiasisbildung sämtlicher Finger der linken Hand nur noch durch eine Exartikulation der Hand geheilt werden konnte. Die Handschäden waren durch häufige Entzündungen und Ulzerationen infolge von Erfrierungen aufgetreten. Es hatte eine Muskelverfettung und Nervendegeneration bestanden. Die Gefäße jedoch waren noch intakt (126).

Im Deutsch-französischen Krieg war ein Patient von Berend am

18. 8. 1870 bei Gravelotte durch einen Granatschuß verletzt worden. Er hatte einen großen Defekt der Vorderarmmuskeln erlitten. Anfangs hatte man geglaubt, daß die Handstrecker vollkommen zerstört worden seien. Es hatte sich bald eine Gangrän gebildet, die innerhalb von drei Monaten geheilt werden konnte. Darauf kam der Patient aus Saarbrücken nach Berlin zu Berend. Als er den Patienten erstmals sah, hatte dieser noch ein 1 cm tiefes Loch im Arm, das etwa die Größe von zwei bis vier Dreitalerstücken hatte. Die Narbe war noch entzündet, und es bestand eine vollkommene Unbrauchbarkeit der Hand. Andere Ärzte hatten für die Hand keine Heilungschance mehr gesehen. Durch eine heilgymnastische Behandlung mit anfänglich passiven und später aktiven Bewegungen konnten das Handgelenk und die Funktionstüchtigkeit der Finger wieder völlig hergestellt werden. Die Hand war wieder warm (Vorstellung am 25. 1. 1871; 127).

Moritz Michael E u l e n b u r g (1811 - 1887) führte am 28. 5. 1862 einen neunjährigen Knaben vor, bei dem die rechte Skapula vertikal nach oben disloziert und stark fixiert war. Es war keine passive Bewegung möglich und somit konnte auch der Arm nicht gehoben werden. Dieser Zustand hatte etwa seit der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres bestanden und war durch eine Retraktion der oberen Kukullarisportion und des M. levator anguli entstanden. Eulenburg plante eine Durchtrennung des M. levator anguli und anschließend die der oberen Portion des M. kukullaris. Ein mechanischer Apparat sollte dann die Skapula in die normale Position ziehen (128).

Ein Kind, das Eulenburg am 18. 3. 1863 vorstellte, litt an einem sich im Anfangsstadium befindenden "Pott'schen Übel". Während das Leiden meist erst durch das Hervortreten der Processi spinosi erkannt wurde, hatte es Eulenburg in diesem Falle schon infolge der Beweglichkeitseinschränkung der Wirbelsäule feststellen können. Die Beugung der Wirbelsäule rief Schmerz hervor und war seit 12 Tagen unmöglich. Da der

Schmerz bei der Ventralflexion der Wirbelsäule auftrat, glaubte Eulenburg, daß das "Übel" an der Vorderseite der Wirbelkörper liege (129).

Eulenburg hatte bei einer Frau eine Ankylosis genu durch dreimal wiederholte forcierte Extensionen völlig beseitigen können. Den Behandlungserfolg, den die Gesellschaft an der Patientin am 27. 3. 1867 sehen konnte, schrieb er der mehrmaligen Wiederholung der Geradestellung zu. Er führte sie nicht wie andere in einer einzigen Sitzung durch (130).

Bei einem 23jährigen Studenten hatte Bernhard Fränkel ein angeborenes Fehlen der Sternokostalportion des M. pectoralis maior und des ganzen M. pectoralis minor der rechten Seite festgestellt. Der Patient konnte sämtliche Armbewegungen rechts wie links ausführen und fühlte sich dabei nie behindert. Bei der Vorstellung am 15. 10. 1884 konnte Fränkel gut die bis dahin umstrittene Inspirationsfunktion der Mm. intercostales externi demonstrieren (131).

Eine Patientin von Themistokles Gluck hatte sich eine Wunde und eine Phlegmone in der Gegend des Metakarpophalangealgelenkes des Zeigefingers am Handrücken zugezogen. Nachdem innerhalb von acht Tagen durch die Phlegmone nekrotische Sehnenstücke exfoliiert worden waren, war eine Dorsalflexion unmöglich geworden. Vierzehn Tage später entschloß sich Gluck zu einer Sehnenersatzoperation. Die Sehnenenden des M. extensor digitorum und des M. extensor indicis waren durchtrennt. Ihre peripheren Sehnenenden befanden sich in der Nähe des Metakarpophalangealgelenkes. Es gab einen 8 cm großen Defekt zwischen den peripheren und zentralen Sehnenenden. Da sich die Sehnenenden auf natürlichem Wege nicht vereinigen ließen, ging Gluck nach einer Methode vor, die schon seit einigen Jahren bekannt war. Es wurde ein Bündel von Catgutfäden zu einem Zopf geflochten und dieser durch die Sehnen hindurchgeführt und zusammengeknötet. Fünf

Tage nach der Operation und nach einer dreitägigen Massagebehandlung konnte die Patientin jede Art von Dorsalflexionen wieder durchführen. Vorher war dies unmöglich gewesen. Nach der Vorstellung am 16. 1. 1884 konnte Gluck am 31. 1. 1884 berichten, daß das Operationsergebnis sehr gut sei. Die Catgutfäden wären reaktionslos eingeehilt. Was die Resorption betreffe, sei in anderen Fällen auch nach einem halben Jahr keine derartige Reaktion eingetreten (132).

Dieselbe Patientin führte Gluck neben drei anderen Patienten am 19. 11. 1884 vor. Es zeigten sich auch zehn Monate nach der Operation keinerlei Resorptionserscheinungen. Die Funktion der Hand war unverändert gut geblieben.

Bei einer 76jährigen Patientin war im Juni 1884 eine Operation in derselben Art durchgeführt worden. Auch hier war das sehr gute Operationsergebnis bisher erhalten geblieben. Gluck sah dies als einen Beweis dafür an, daß das Catgut nicht resorbiert wird, wenn es aktiv funktionsbeteiligt ist.

Außerdem zeigte Gluck zwei Kinder, ein neunjähriges Mädchen und einen fünfeinhalbjährigen Jungen mit kongenitalen Klumpfüßen. Beide waren Mitte August 1884 operiert worden. In beiden Fällen war am rechten Fuß eine Achillessehnentomie und ein gewaltsames Redressement erfolgreich durchgeführt worden. Bei den linken Beinen war ein Redressement wegen einer arthrogenen Supinationskontraktur unmöglich gewesen. Daher hatte Gluck in diesen beiden Fällen die Spitze des Malleolus internus abgesägt und darauf den Talus vom Kalkaneus bis zum Os cuboideum entfernt. Die Heilung war innerhalb von 14 Tagen bei zweimaligem aseptischen Verbandswechsel erfolgt, was für einen günstigen Ausgang bei solch einem Eingriff sehr wichtig war. Nun traten die Kinder mit der Planta auf. Der Fuß war bis zur Valgusstellung pronierbar und die Dorsalflexion war mit außenrotiertem Bein möglich. Das Fußgelenk war wieder aktiv beweglich (133).

Am 25. 2. 1885 konnte Gluck zwei Fälle nach erfolgreicher

Sehnenersatzoperation zeigen. Die eine Frau, die eine Handphlegmone gehabt hatte, war bereits zweimal vorgestellt worden. Auch nach 15 Monaten war die befürchtete Resorption nicht eingetreten. Gluck vermutete, daß ein Substitutionsprozeß eingesetzt haben müsse (134).

Ein 13jähriger Junge war vor einem Jahr gestürzt und hatte sich das Ellenbogengelenk verletzt (Vorstellung am 15. 11. 1871). Am folgenden Tage war der Arm steif geworden. "Ein Heilgehülfe" unternahm Repositionsversuche. Der Arm schwoll jedoch bald stark an. Nun machte ein Arzt eine Inzision und legte einen Gipsverband an. Im Dezember 1870 kam der Patient zu Paul Güterbock jun. (1844 - 1897) in das Krankenhaus Bethanien. Der Patient hatte "hektisches Fieber" und eine Fistelöffnung am Rand des M. pectoralis. Das Gelenk war starr geschwollen und fluktuierend. Am 18. 12. 1870 wurde eine Ellenbogengelenksresektion des völlig zerstörten Gelenks durchgeführt. Die Gelenkenden waren nekrotisch und völlig vereitert gewesen. Der Arm bekam einen Karbolsäureverband und wurde in einer Strohmeier'schen Lade gelagert.

Anfang Februar wurde der Arm in eine rechtwinklige Position gebracht. Mitte März war die Wunde verheilt. Inzwischen traten wieder Fieber und Schüttelfrost vom Typus einer "Intermittens tertiana" auf. Die Fistel an der Radialseite brach wieder auf. Am 10. 6. wurde die Fistel erweitert und der gefundene Sequester extrahiert. Nach einiger Zeit wurde dann ein gefensterter Gips angelegt. Nun trat Heilung ein. Der ganze Knochen, einschließlich dem Olekranon, hatte sich wieder von selbst ersetzt und es war nur noch eine orthopädische Nachbehandlung erforderlich (135).

In Güterbocks Behandlung befand sich seit Mai 1874 (Vorstellung am 13. 1. 1875) ein dreijähriges Mädchen. Es hatte damals eine Coxitis sinistra verbunden mit etwas Fieber gehabt. Der Schenkel befand sich in Luxationsstellung, und oben und außen am Oberschenkel war ein Abszeß entstanden. Es wurde

eine Abszeßpunktion gemacht. Da die permanente Extension des Schenkels keine Besserung brachte, aber der körperliche Zustand des Kindes bald gut war, wurde am 21. 8. 1874 eine Operation durchgeführt. Es wurde ein langer, semiovaler Schnitt nach hinten und oben zum Oberschenkelkopf gelegt. Dann durchsägte man den Oberschenkelhals und entfernte das gesamte kariöse Gewebe. Die Gelenkpfanne war nicht kariös, aber mit Granulationen ausgefüllt. Nach der erfolgten Wundversorgung wurde ein Gips angelegt. Am 29. 8. 1874 mußten die Wunde nochmals geöffnet und Drainagerohre eingelegt werden, da sich am Ende der ersten Woche ein Abszeß gebildet hatte. Am 21. 9. war alles verheilt. Das verkürzte Bein wurde nun mit der Maschine gestreckt. Die Taylor'sche Koxitismaschine wurde zum Gehen benutzt (136).

Eduard H i t z i g zeigte am 10. 2. 1869 das Resultat einer Ellenbogengelenkresektion. Das Gelenk der Frau war durch einen Pistolenschuß zerschmettert worden. Die an dem zurückgebliebenen Schlottergelenk durchgeführte Elektrotherapie hatte ein günstiges Resultat gezeigt (137).

Ein junger Mann hatte von frühester Kindheit an Gehbeschwerden gehabt, die sich vor vier Wochen verstärkt hatten (Vorstellung am 13. 11. 1872). Wenn die Beine gestreckt waren, hatten die Patellae die richtige Position. Waren sie jedoch gebeugt, luxierten sie auf den Condylus externus. Die Ursache hierfür sah Hitzig in einer beiderseitigen Schwäche der Mm. vasti interni. Schon nach der ersten faradischen Behandlung konnte der Patient sich wieder aus der Hocke erheben. Bereits nach sieben Behandlungen war ihm das Treppensteigen wieder möglich geworden. Einen derartigen Fall hatte Hitzig in der Literatur nicht finden können (138).

James I s r a e l hatte bei einem dreijährigen Jungen eine chronische, käsige Osteomyelitis der rechten Ulna erfolg-

reich behandelt (Vorstellung am 1. 3. 1882). Der Junge, der Ende November 1881 zu Israel gekommen war, hatte eine stark aufgetriebene Ulna gehabt, wobei die umgebende Haut gerötet und dem Aufbruch nahe gewesen war. Israel hatte eine Längsinzision über der Ulna gemacht und mit dem Meißel die Markhöhle eröffnet. Darauf waren käsig Granulationen entfernt worden. Die Ellenbogengelenkfläche war perforiert gewesen, so daß der Humerus durch die Perforation sichtbar war. Die Knorpel waren glatt gewesen, die Synovialis war mit unverkälten Miliartuberkeln versetzt gewesen. Daher hatte Israel eine Exstirpierung der Synovialmembran durchgeführt. Sodann war die entstandene Höhle mit Jodoform ausgefüllt worden, und es war alles mit Watte und Gummipapier abgedeckt worden. Alle zehn Tage war ein Wattewechsel erfolgt. Die Heilung trat innerhalb von drei Monaten ohne Komplikationen ein. Die Ellenbogenbewegungsfreiheit war völlig erhalten geblieben. Die antiseptischen und antituberkulösen Eigenschaften des Jodoforms sah Israel hiermit erwiesen (139).

Eine Wachstumsstörung beobachtete Israel bei einem siebenjährigen Mädchen (Vorstellung am 7. 3. 1883). Das Kind hatte seit drei Jahren skrofulöse Kniegelenkkaries (Tbc.) gehabt. Im November 1882 war eine Kniegelenksresektion (Tibia und Femur) gemacht worden. Bei dem gehunfähigen Kind war seitdem das kranke Bein schneller gewachsen als das gesunde (140).

Ebenfalls zwei Fälle von Wachstumsstörungen stellte Israel am 7. 3. 1883 vor. Bei einem 17jährigen Mädchen war nach mehrjähriger, bestehender Ostitis des Unterschenkels dieser stärker gewachsen. Israel hatte beobachtet, daß bei lang andauernden Nekrosen der Knochendiaphysen besonders häufig Wachstumsunregelmäßigkeiten auftraten. Dagegen waren sie bei Weichteilprozessen selten zu beobachten.

Als Folge einer vor viereinhalb Monaten entstandenen Hand- und Vorderarmphlegmone mit begleitenden Durchblutungsstörungen ohne eine Knochenbeteiligung war es am Vorderarm, der Hand und den Fingern zu einer starken Wachstums hemmung

gekommen. Sogar der Oberarm war davon betroffen worden, obwohl dort keine Phlegmone bestanden hatte. Außerdem hatte Israel einen verstärkten Haarwuchs auf dem linken Oberarm und eine gestörte Nagelbildung festgestellt. Der rechte Vorderarm hatte eine Länge von 10,2 Zoll, der linke von 9,5 Zoll gehabt. Während der rechte Oberarm 10,2 und der linke 9,5 Zoll lang war. Nach längeren, ulzerativen Zuständen hatte Israel in anderen Fällen dasselbe Phänomen beobachten können (141).

Als ein 17jähriger am 27. 9. 1883 mit seinem Arm in die Welle einer Maschine geraten war, hatte er eine dreifache Armfraktur an Humerus, Ulna und Radius erlitten. Als Folge des Unfalls war sein Handrücken empfindungslos und waren die Extensoren gelähmt worden. Die elektrische Behandlung zur Beseitigung der Lähmung blieb erfolglos. Die Fraktur heilte gut. Im November 1883 war der junge Mann zu Israel gekommen (Vorstellung am 26. 3. 1884). Er stellte fest, daß alle vom N. radialis versorgten Muskeln gelähmt waren. An der Humerusfrakturstelle konnte er den N. radialis nicht tasten. Am 29. 11. 1883 legte Israel den Nerven frei. Dieser war über der prominenten Frakturstelle bandartig und winklig abgelenkt, durch straffes Bindegewebe unverschieblich fest mit dem Periost verwachsen. Im Übrigen war er beweglich. Oberhalb dieser Stelle war die Farbe des Nerven normal, darunter hatte er eine matte, zitronengelbe Färbung angenommen. Erst spaltete Israel die Nervenscheide, um dann den verwachsenen Nerven mit Hilfe eines Messers freizulegen. Anschließend nahm er eine Periostspaltung und Abmeißelung der Prominenz der unteren Frakturstellung vor, so daß der Nerv in eine normale Lage gebracht werden konnte. Vier Wochen nach der Operation begann Remak mit der elektrischen Behandlung. Mitte Januar konnte der Patient bereits den M. supinator longus bewegen. Im März war schließlich eine vollkommene Funktionswiederherstellung des Armes erreicht worden. Die Atrophie und Lähmung waren verschwunden, der Vorderarm ließ sich strecken, genauso wie Hand und Finger. Der Daumen war abduzierbar, und der Patient

konnte den Vorderarm wieder supinieren (142).

Ein 74jähriger Mann hatte sich vor 15 Jahren bei einem Sturz eine Luxatio subcoracoidea zugezogen (Vorstellung am 17. 12. 1884 durch K a r e w s k i). Damals hatten Laien vergeblich Repositionsversuche unternommen. Der Patient trug den Arm vier Wochen in einer Binde. Auch als der Arm gebrauchsunfähig blieb, begab sich der Patient nicht in ärztliche Behandlung. Der nun sehr stark atrophiierte Arm hatte sich schwarz verfärbt und hing schlaff herunter. In angehobener Stellung nahm er bis zum Ellenbogen eine blaurote Farbe an. M. biceps und M. triceps zeigten noch eine geringe Funktion. Aktive Bewegungen waren aber nicht mehr möglich. Auch die passiven Bewegungen waren stark eingeschränkt wegen einer eingetretenen Arthritis deformans. Alle Armpulse waren schwächer. Die Sensibilität war normal. Es hatte sich ein neues Gelenk gebildet, durch das der Arm nicht mehr frei beweglich war. Mit Hilfe des M. deltoideus und M. pectoralis konnte der Patient den Arm zum Thorax hinschleudern und mit den Rückenmuskeln konnte er ihn fixieren. Ansonsten war es ihm nur noch möglich, die Hand einem anderen zum Gruß entgegenzuschleudern. Karewski vermutete, daß der Humeruskopf infolge des Sturzes zwischen die Nerven und Gefäße gerutscht war (143).

Am 21. 10. 1885 führte Karewski ein 22jähriges Kindermädchen mit einer veralteten, nach hinten gerichteten Kniegelenksluxation vor. Die Frau war angeblich vor 16 Jahren mit beiden Beinen in eine Drehmaschine geraten. Am rechten Bein sei dabei die Luxation entstanden. Links waren keinerlei Folgen mehr sichtbar. Am rechten Bein konnte Karewski ein Genu recurvatum feststellen. Die untere Gelenkfläche des Femur stand vor der oberen der Tibia. Die Femurfläche war mit einem Polster ausgefüllt und zum Teil durch die heruntergerutschte Patella bedeckt. Haut und Muskeln waren gut entwickelt. Die Nerven und die Gefäße gingen als straffe Stränge über die Tibia hinweg. Die rechte Tibia war

um 3 cm kürzer. Da die Gelenkfläche der Tibia nach hinten gerutscht war, war das Bein um zusätzliche 3 cm verkürzt. Das Femur dagegen war verstärkt gewachsen und 4 cm länger als links. Die unterschiedliche Beinlänge hatte eine Beckensenkung und eine rechtsseitige Dorsalskoliose zur Folge. Die aktive und passive Flexion und Extension des Gelenkes war möglich. Die Patientin lief weite Strecken und hatte nur bei außerordentlichen Anstrengungen Schmerzen. Die Patientin hinkte nicht. Da die Gelenkbänder gerissen waren, fixierte die Patientin das Knie mit einer Binde. Nach Karewskis Erfahrungen war eine derartige Luxation normalerweise mit dem Verlust des Gliedes verbunden (144).

Über eine Resektion im Schultergelenk berichtete Wilhelm Koch (1842 - 1903; Vorstellung am 16. 7. 1873). Der Patient war im Krieg 1870/71 durch eine Kugel am rechten Oberarm oberhalb des Olekranons unter Zertrümmerung der Gelenkgegend getroffen worden. Dies hatte eine sehr starke Schwellung, Jauchung und hohes Fieber zur Folge. 14 Tage nach der Verletzung unternahm Koch die Resektion des Gelenkes. Er entfernte 18 cm des Humerus. Die Vorderarmgelenke blieben dabei intakt. Innerhalb von drei Monaten heilte die Wunde ab. Darauf begann er mit der orthopädischen, elektrischen Behandlung. Zur Zeit der Vorstellung war der Oberarm um 10 cm verkürzt und sein Umfang um 5 cm geringer. Daraus schloß Koch, daß auf einer Länge von 5 cm eine Knochenneubildung eingetreten war. Eine aktive Beugung und Streckung war möglich, die Finger konnten voll bewegt werden. Die Kraft im Arm war um die Hälfte gemindert. Passiv waren alle Bewegungen bis auf die Pro- und Supination möglich. Die Gelenkenden konnten aber gegeneinander ein wenig verschoben werden (145).

Ernst Küster hatte bei einem Mann die Resektion des rechten Handgelenkes vorgenommen (Vorstellung am

7. 1. 1874). Bei dem Patienten hatte sich nach einer Verletzung am Handgelenk eine Gangrän gebildet. Nun war die Hand wieder aktiv beweglich und der Patient konnte zugreifen (146).

Bei dem 16jährigen Schriftgießer Paul Opitz war eine Talusresektion notwendig geworden (Vorstellung am 1. 11. 1876). Nach einem Unfall war auf der rechten Fußaußenseite unterhalb des Knöchels ein unregelmäßig geformtes Knochenstück hervorgetreten. Eine Reposition war unmöglich gewesen. Der Fuß schwoll an und war nach innen und oben dorsal flektiert. Unter diesen Umständen machte Küster eine Inzision von der Spitze des Malleolus externus nach abwärts und legte den dislozierten Talus frei. Der Knochen war am vorderen Rande seiner oberen Gelenkfläche gebrochen. Das dislozierte, größere Fragment wurde entfernt, während man den Talushals und das Talusköpfchen am Ort beließ. Das entstandene Loch wurde nach außen drainiert. Unter einem antiseptischen Verband erfolgte die Heilung ohne Eiterung. Die Beweglichkeit war inzwischen schon zufriedenstellend. Mit Hilfe eines Stiefels konnte der Patient beschwerdefrei laufen. Der Talus schien sich nun regeneriert zu haben. Küster wies darauf hin, daß mit Hilfe der neuen, aseptischen Behandlungsmethode nunmehr überall Teilresektionen möglich seien (147).

Den seltenen Fall einer doppelseitigen, angeborenen Luxation des Oberarmkopfes nach hinten hatte Küster bei einem einjährigen Kind festgestellt (Vorstellung am 6. 11. 1878). Linker und rechter Arm waren nach vorn und unten gerichtet. Der linke Arm war außerdem stark proniert und das Hand- und das Ellenbogengelenk befanden sich ständig in Flexionsstellung. Die Flexion im Ellenbogengelenk war schwer zu überwinden. Küster beabsichtigte, am linken Arm das Gelenk aufzuschneiden und den Gelenkkopf in der verkümmerten Pfanne zu fixieren. Infolge der Wirksamkeit antiseptischer Maßnahmen sah er darin keine Gefahr. Sollte die Operation am linken Arm erfolgreich verlaufen sein, beabsichtigte er, den rechten ebenfalls zu operieren (148).

Der Unteroffizier Reiss hatte am 18. 4. 1864 einen Unterschenkeldurchschuß erlitten (Vorstellung durch v. L a n - g e n b e c k am 11. 1. 1865). Die Kugel war von hinten lateral hinein und durch die Crista tibiae wieder hinausgetreten. Es wurde eine Reposition durchgeführt und dann das Bein auf einer Heisterschen Beinbruchlade fixiert. Trotz intensiver Behandlung in Form von Inzisionen und Knochensplitterextraktionen stieg das Fieber stark an, und der Schmerz war nicht unbeträchtlich. Es bildete sich eine Infiltration bis zum Oberschenkel hin. Die Umstände für eine Oberschenkelamputation waren ungünstig. Am 1. 5. 1864 machte v. Langenbeck eine Resektion. Er entfernte Teile der Tibia, die auch längs gespalten war, unter Belassung des Periostes und schließlich auch ein 1 Zoll langes Fibulastück. Durch eingelegte, geölte schmale Leinwandstreifen konnte der Eiter nach außen hin abfließen. In den ersten acht Tagen war das Fieber fast völlig zurückgegangen. Hunger, Schlaf und Schmerz hatten sich normalisiert. Später traten wieder Eiterungen auf. Man nahm den Gips wieder ab und legte das Bein auf eine Schiene. Es war eine Beinverkürzung eingetreten. Im August war dann alles verheilt. Im Oktober wurde der Gips abgenommen und ein Schienenstiefel angepaßt. Das Bein war um 1 3/4 Zoll verkürzt. Durch eine Sohle wurde die Beinverkürzung ausgeglichen. Der Patient konnte nun schon ohne Stütze für etwa 15 Minuten ohne jede Beschwerden laufen (149).

Ein 29jähriger Schlosser aus Muskau hatte Anfang 1869 Pocken gehabt (Vorstellung am 2. 2. 1870). Anschließend trat ein Schmerz im rechten Handgelenk auf. Das Gelenk schwoll etwas später bis zur Unbeweglichkeit an. Anfang August 1869 kam der Patient in das Klinikum, und am 14. 8. 1869 machte v. Langenbeck eine Handgelenksresektion. Er entfernte subperiostal ein großes, kariöses Radiusstück, die untere Epiphyse der Ulna und fünf Ossa carpi. Die Wunde verheilte verhältnismäßig schnell. Das Gelenk entbehrte aber der Festigkeit, und seine Beweglichkeit ließ zu wünschen übrig. Seitdem der Patient die Klinik verlassen hatte, fand keine Nachbehandlung

statt. Nachdem er aber die Hand zu trainieren begonnen hatte, bemerkte er eine wesentliche Besserung. Inzwischen konnte er schon schreiben und gröbere Handgriffe verrichten (150).

An demselben Tage stellte v. Langenbeck einen 50jährigen Mann vor. Vor drei Jahren hatte er Schmerzen in der Gegend des Metakarpus des linken Mittelfingers gehabt. Eine Schwellung dehnte sich bis zum Gelenk hin aus, so daß im Dezember 1868 keine Bewegung mehr möglich war. Im November 1869 kam er in das Klinikum. Er hatte eine fungöse Schwellung gehabt, die aus mehreren Öffnungen eiterte. Eine aktive Handbewegung war nicht mehr möglich gewesen. Durch passive Bewegungen wurden Krepitationen verursacht. Am 12. 12. 1869 resezierte v. Langenbeck das Handgelenk. Er entfernte subperiostal die Epiphysen von Radius und Ulna, alle Ossa carpi und die Metacarpi des Zeige- und Mittelfingers. Die Resektion geriet so umfangreich, daß er es schon bedauerte, keine Amputation gemacht zu haben. Bis zum 15. 12. 1869 war die oberflächliche Heilung erfolgt. Aktive Fingerbewegungen und auch die Bewegung des Handgelenkes waren bereits möglich. Seitdem 1762 die erste Handgelenkresektion von einem preußischen Militärchirurgen ausgeführt worden war, waren erst 50 Fälle publiziert worden. Bernhard v. Langenbeck führte dies auf die Furcht vor den entstehenden Komplikationen zurück, denen erst jetzt durch die Lister'sche Methode erfolgreich begegnet werden konnte (150).

Der Patient, der am 1. 11. 1871 von Bernhard v. Langenbeck vorgestellt wurde, war durch einen Granatsplitter an der Außenseite des Fußgelenkes verletzt worden. Der handgroße Defekt dehnte sich bis zum Fußrücken aus. Im Laufe der konservativen Behandlung trat eine Hyperästhesie auf und v. Langenbeck befürchtete einen Trismus (Wundstarrkrampf). Daher wurde von ihm am 2. 9. 1871 eine Resektion durchgeführt. Er entfernte die Fibula mit dem Malleolus internus, den Talus, die obere Fläche des Kalkaneus und das Os

cuboideum. Ein loses Stück der Tibia blieb zurück. Anschließend wurde ein Gipsverband angelegt. Das geheilte Bein war um 5 cm verkürzt, was durch entsprechende Beckenneigung ausgeglichen wurde. Es hatte sich viel neue Knochenmasse gebildet. Für diesen Vorgang gab es damals noch keine physiologische Erklärung (151).

Bei einem 24jährigen Mann hatte v. Langenbeck eine Hüftgelenksresektion durchgeführt (Vorstellung am 30. 10. 1872). Im Verlauf einer Gonorrhoe im April 1870 war ein linksseitiger Inguinalbubo mit Eiterung eingetreten. Nachdem dieser abgeheilt war, traten immer neue Entzündungsherde mit Eiteraustritt auf. Im Herbst 1871 bekam der Patient Schmerzen im linken Hüftgelenk. Im Verlauf dieser Beschwerden wurde ihm das Gehen unmöglich. Im Januar 1872 kam er in das Jüdische Krankenhaus. Er war abgemagert, hatte etwas Fieber, und der linke Oberschenkel war flektiert und etwas nach außen rotiert. Eine Geschwürsöffnung, aus der Eiter austrat, befand sich in der Nähe des Trochanter. Umschläge und eine Gewichtsextension wurden mit anfänglichem Erfolg durchgeführt. Es trat ein Dekubitus am Kreuzbein auf, und v. Langenbeck befürchtete eine Knochennekrose. Das Fieber stieg an, und die Kräfte des Patienten schwanden zusehends. Der Eiterfluß verminderte sich nicht, und v. Langenbeck beobachtete eine Extensionsunverträglichkeit. Er entschloß sich am 14. 4. 1872 zur Operation. Als er das Gelenk eröffnete, trat jauchiger Eiter aus, der Gelenkkopf war zerstört und das Azetabulum ohne Knorpel, aber sonst gut erhalten. Nach der Operation wurde eine Extension in Bauchlage vorgenommen. Im Juli war der Dekubitus abgeheilt. Ende Juli wurden die ersten Gehversuche mit Hilfe der Taylor'schen Maschine gemacht (152).

Zwei Fälle führte v. Langenbeck am 10. 2. 1875 der Gesellschaft vor. Ein 22jähriger Mann aus Polen hatte seit sechs Jahren skrofulöse Erscheinungen am Handgelenk. Vor einigen Jahren war eine Exstirpation des Os metacarpi III durch Burow in Königsberg gemacht worden. Vor vier Jahren hatte

sich eine neue Karies an derselben Stelle gebildet. Am 24. 7. 1874 resezierte v. Langenbeck nach einem dorsoradi-
alen Schnitt alle Karpalknochen, zwei Metakarpalknochen und
die Gelenkflächen des Vorderarmes. Es erfolgte eine schnelle
Heilung im permanenten Wasserbad. Es bestanden aber noch
zwei Fisteln, wahrscheinlich infolge erneut nekrotisch ge-
wordener Knochen. Die Sehnen waren stark atrophisch. Durch
aktive und passive Bewegungsübungen war es dem Patienten in-
zwischen schon möglich, mit den Fingern zuzufassen und
leichte Lasten zu heben (153).

Eine gleichartige Operation hatte v. Langenbeck bei einer
44jährigen Frau aus Birnbaum am 27. 11. 1874 gemacht. Die
Frau stammte aus einer phtisischen Familie und hatte im Ok-
tober 1874 eine Handgelenksentzündung bekommen. Einige
Wochen später trat eine Lockerung der Karpalknochen ein.
Daraufhin hatte v. Langenbeck alle Karpalknochen mit Aus-
nahme des Multangulum majus und des Pisiforme sowie die Ge-
lenkflächen der Vorderarmknochen entfernt. Bis zum 15. 12.
1874 war Heilung eingetreten. Das Operationsergebnis bezeich-
nete v. Langenbeck als sehr gut. Daher empfahl er die Früh-
resektion in derartigen Fällen (153).

Einen besonderen Operationserfolg konnte v. Langenbeck am
14. 1. 1880 demonstrieren. Der 31jährige Friedrich Recke aus
Berlin war am 5. 9. 1879 durch eine herabstürzende Zimmer-
decke am Kopf, an der Lendenwirbelsäule und an der Außen-
seite des rechten Oberarmes verletzt worden. Am unteren
Teil des Oberarmes hatte er eine zehnpfennigstückgroße
starke Quetschung erlitten. Danach war eine völlige Lähmung
der Hand- und Fingerextensoren eingetreten. Die Quetschungs-
stelle war nekrotisch geworden. In der Folge hatte sich
weiter distal ein Abszeß gebildet, und der Patient hatte
Fieber bekommen. Die Wunde, die dann vernarbt war, befand
sich genau an der Stelle, wo der N. radialis an die Ober-
fläche tritt. Die "typischen Zeichen nach Létiévant" für
eine Radialislähmung lagen vor. Die etwas gebeugten
Finger konnten nicht gestreckt werden, und die

Abduktion des Daumens war unmöglich. Die Muskeln reagierten weder auf konstanten, noch auf induzierten Strom. Am 25. 11. 1879 wurden die 2 cm voneinander entfernten Nervenenden mit Catgut genäht, wobei der wiedervereinigte Nerv anfangs unter starker Spannung stand. Am 9. 12. war die Wunde geheilt. Die Hoffnung auf eine Wiederherstellung der Nervenfunktion war gering, da man mikroskopisch an den Nervenenden keinerlei Nervensubstanz hatte feststellen können. Doch trat am 14. 12. bei der "Anwendung des induzierten Stromes" erstmals eine Reaktion der Hand- und Fingerextensoren ein. Am 20. 12. führte der Patient schon spontane Bewegungen durch, die sich stetig besserten. Am 30. 12. war die Streckung der Finger schon leichter durchzuführen und die Anästhesie des Handrückens beseitigt. Der noch schwache Arm konnte bis zur Horizontalen gehoben werden. Nach den Unterlagen, die v. Langenbeck hatte, war bisher nur zweimal eine N. radialis-Naht ausgeführt worden. 1869 war dem Versuch von Létievant kein Erfolg beschieden, der eine Nerven-naht bei einem jungen Soldaten versucht hatte, dem 2 1/2 Jahre zuvor durch einen Dolchstich der N. radialis durchtrennt worden war. Bei einem Mädchen mit einer Sensenverletzung hatte Esmarch (Dissertation von Kettler 1878) 16 Monate später den N. radialis und N. cutaneus externus sowie einige Muskeln genäht. Der Beschreibung zufolge war in jenem Fall drei Tage danach die Sensibilität und drei Wochen später langsam die Motilität wieder zurückgekehrt (154).

Robert R e m a k hatte eine Patientin mit Tortikollis gehabt (Vorstellung am 26. 11. 1862). Obwohl es keinerlei Anzeichen gab, daß die Ursachen der Beschwerden auf der anderen Seite des Halses lagen, behandelte er dennoch mit elektrischem Strom auf jener Seite, da er auf diese Art zuvor schon in zwei Fällen Heilerfolge erzielt hatte. Hier war jedoch innerhalb einer zehntägigen Behandlung bisher

noch kein entscheidender Erfolg eingetreten (155).

Dieselbe, inzwischen 52 Jahre alt gewordene, Patientin, von Beruf Handarbeiterin, wurde fast 20 Jahre später, am 2. 2. 1881, von Ernst Julius R e m a k (1848 - 1911), dem Sohn von Robert Remak, wieder vorgeführt. Der Kopf der Patientin, die an Halsmuskelkrämpfen litt, ging nach links und rechts und wurde nach hinten gezogen. Manchmal trat auch ein Krampf der Sphinkter palpebrarum ein. Während des Schlafes hatte sie keine Krämpfe. Es gab keinerlei Zeichen von Hysterie oder Epilepsie. Die Patientin, die 19 Jahre lang beim Wollhaspeln ständig von links nach rechts und von rechts nach links geschaut hatte, war schon 1862 von Remak sen. mit konstantem Strom behandelt worden. Bis zum Mai 1863 waren die Krämpfe, bei denen damals die Nackenmuskeln nicht so stark beteiligt waren, geheilt worden. Erst Anfang 1878 waren wieder Halsmuskelkrämpfe aufgetreten. Eine siebenwöchige Behandlung mit konstantem Strom war erfolglos geblieben. Die Krämpfe verstärkten sich sogar. Im September 1880 konnte die Patientin nicht mehr arbeiten. Nach einer Anodenbehandlung der rechtsseitigen Processus transversi cervicales trat nur für kurze Zeit eine Beruhigung ein. Als nach fünfwöchiger Behandlungszeit eine Pause bis Anfang September eingelegt worden war, gelangte die Patientin fast wieder zu ihrem alten Zustand zurück. Dann wurde sie anfangs täglich und später dreimal pro Woche behandelt. Bisher waren 84 Sitzungen erfolgt. Anfang Dezember war die Patientin wieder arbeitsfähig. Sie machte keine Augenrollbewegungen mehr, und der Kopf war frei beweglich. Ab und zu traten noch Halsmuskelspasmen auf. Die Krämpfe waren jetzt schneller als früher. Durch eine Kopflinksdrehung, d. h. durch eine Dehnung der rechten Seite, konnte ein Krampf ausgelöst werden: Eine Folge der N.-Accessoriusreizung. Eine Dehnung des N. accessorius, die in anderen Fällen nicht erfolgreich gewesen war, war hier noch nicht durchgeführt worden. Wegen der starken Rückfallneigung dieser Krankheit war ein Heilerfolg noch nicht sicher (156).

Friedrich Trendelenburg hatte bei einem 12jährigen Knaben eine rechtsseitige Exartikulation des Femurs durchgeführt (Vorstellung am 26. 5. 1875). Es hatte bereits seit längerer Zeit eine eiterige Koxitis bestanden und das schon atrophische Bein war auf die äußere Fläche der Darmbeinschaukel luxiert. Dadurch war eine Verkürzung des Beines eingetreten, so daß die Fußspitze gerade auf den Boden reichte. Das atrophische Femur war schon öfter gebrochen. Infolge der "Esmarch'schen Konstriktion" lief die Exartikulation ohne großen Blutverlust ab. Mit einer elastischen Binde wurde Blutleere hergestellt und danach das Bein mit einem Kautschukschlauch an der Schenkelbeuge abgebunden. Trendelenburg legte darauf einen Zirkelschnitt durch die Weichteile, wie bei einer Amputation etwa 5 cm unterhalb des Gelenkes. Dann ging er in einer Ebene bis auf den Knochen vor und legte ihn bis zur Mitte frei. Nach dem Abklemmen der Arterien wurde er dort durchsägt. Sodann legte er einen Schnitt an der Außenseite in Knochenrichtung von der Hüfte an nach unten gehend bis zum Zirkelschnitt. Nach der Spaltung und Ablösung des Periostes wurde nun das Femurstück entfernt. Ein Lister'scher Verband, der anschließend angelegt worden war, war ungünstig gewesen, da trotz aller Vorichtsmaßnahmen eine Infektion eingetreten war. Als das Wundsekret zu riechen begann, ging man zur offenen Wundbehandlung über, die ohne Komplikationen beendet werden konnte (157).

Ein 17jähriger Bäckerlehrling war wegen eines hochgradigen Genu varum erfolglos orthopädisch behandelt worden (Vorstellung am 26. 5. 1875). Daraufhin machte Trendelenburg eine Osteotomie der Tibia in Fingerbreite unter der Spina tibiae. Unter Lister'schen Vorsichtsmaßnahmen wurde die Operation nach der Methode von Billroth durchgeführt. Der Knochen wurde quer durchmeißelt und frakturiert. Dann wurde das Bein in der alten Stellung verbunden und leicht fixiert. Nachdem die Wunde nach 14 Tagen verheilt war, wurde das Bein in einem Extensionsapparat mit Hilfe von Gewichten gerade

gerichtet. Dann, als sich genügend Kallus gebildet hatte, wurde ein Gipsverband angelegt, der das Bein in normaler Stellung fixierte. Die Deformation war fast völlig beseitigt, und Fieber war während des ganzen Heilungsverlaufes nicht aufgetreten (158).

In kurzer Notiz wurde von der Sitzung am 30. 4. 1862 mitgeteilt: "Herr V o g e l stellte einen Fall von angeborener Hypertrophie der rechten unteren Extremität der Gesellschaft vor" (159).

Julius W o l f f hatte bei dem 3 1/4jährigen Rudolph Schlering eine Hüftgelenksresektion gemacht (Vorstellung am 19. 2. 1873). Der Vater war stets gesund gewesen. Die Mutter war an Tuberkulose gestorben. Seit September 1870 hatte der kleine Patient eine Koxitis rechts gehabt. Im Sommer 1871 kam ein "faustgroßer Kongestionsabszeß" am hinteren Trochanter maior hinzu, der sich im Januar 1872 spontan öffnete. Ein zweiter Abszeß entstand an der Femurvorderfläche. Im April 1872 erkrankte der Patient an Scharlach, und darauf stellte sich ein "Hydrops" ein. Im Mai desselben Jahres kam er in die Behandlung von Wolff. Ein Skrotal- und Präputium-ödem entleerte sich sofort nach Einstichen. Das rechte Bein war von der Spina bis zum Knie 4 cm kürzer als das linke, der Oberschenkel befand sich gleichzeitig in Adduktion und Flexion und war etwas innenrotiert. Die nun einsetzende Extensionsbehandlung bekam dem Kinde gut. Ende November bildete sich erneut ein Abszeß an der Innenseite des Oberschenkels, etwas unterhalb des kleinen Trochanters. Die Öffnung des Abszesses legte drei Fistelgänge zu dem kariösen Knochen frei. Bald entwickelte sich nun unter Fieber, starker Abmagerung und Schmerzen eine lebensgefährliche Situation. Am 16. 12. 1872 führte Wolff die Resektion durch. Er machte "den Langenbeck'schen Längsschnitt" am Collum

femoris an der Grenze des Trochanter und an der Diaphyse 2 1/2 cm unterhalb der Trochanter Spitze. Die kariösen Knochenstücke wurden entfernt, und die raue Pfannenoberfläche wurde geglättet. Es wurde in die Fistel am inneren Oberschenkel eine Drainage gelegt und sodann das Gelenk mit einem Drahtgips fixiert. Nach dem Eingriff sank das Fieber bald, und der kleine Patient erholte sich schnell. Am Ende der fünften Woche wurde die Taylor'sche Maschine angelegt. Das Kind konnte nun geführt gehen und stehen. Etwas später war auch selbständiges Gehen möglich. Die Beinstellung war normal, und es bestand keine Oberschenkelverkürzung mehr, da sie durch die Behandlung ausgeglichen worden war (160).

Einen Fall einer geheilten Hüftgelenksresektion stellte Julius Wolff am 19. 2. 1873 vor. Es war mit der Taylor'schen Maschine "mit Erfolg und Nutzen" nachbehandelt worden (161).

Am 18. 3. 1874 wies Wolff erneut auf den großen Nutzen der Taylor'schen Maschine bei Koxitis hin. Dann zeigte er eine von ihm konstruierte Vereinfachung der Maschine, die sich für 2 - 4 Taler herstellen ließ. Bei einem Mädchen, das mit dieser Maschine vorgeführt wurde, war eine Gangverbesserung erreicht worden (162).

Zur Frage der Endresultate von Gelenkresektionen äußerte sich Wolff am 30. 6. 1875 und führte Patienten vor (163).

Ein 24jähriger Mann mit einer Lumbalhernie war durch Julius Wolff von seiner Darmbeinkaries geheilt worden (Vorstellung am 17. 12. 1879). Vor 14 Jahren war er an infektiöser Osteomyelitis erkrankt und für viele Jahre hatte er kariöse und nekrotische Stellen am rechten Hüftbein, am Hüftgelenk, am Oberschenkel und am linken Oberarm gehabt. An der oberen Kante des rechten Darmbeinkammes bestand ein 4 cm breiter Defekt. Dicht darüber lag eine gänseeigroße Hernie des Colon ascendens. In der deutschen Literatur waren bisher nur zwei derartige Lumbalhernien erwähnt worden. In der englischen

und französischen Literatur waren es 27 Fälle. Wolff hatte nach der Ablösung einiger Muskeln das Os ilii ausgeschält und damit eine völlige Heilung der 14 Jahre andauernden Karies erreicht (164).

Als Wolff am 28. 2. 1883 über trophische Störungen im Knochenwachstum referierte, führte er etwa 40 Fälle an. Aus dem Sitzungsprotokoll geht jedoch nicht hervor, welche dieser Fälle er der Gesellschaft auch vorgestellt hat (165).

Am 9. 5. 1883 zeigte er ein Kind, dessen Klumpfuß durch einen Wasserglasverband vollständig geheilt worden war (166).

Der 19jährige Zigarrenmacher Carl Gerstmann hatte einen angeborenen, linksseitigen Klumpfuß (Vorstellung am 26. 11. 1884). Im Alter von drei Monaten war bei ihm durch Wilms eine Tenotomie der Achillessehne durchgeführt worden. Später hatte man redressierende Gipsverbände angelegt. Seit dem 3. oder 4. Lebensjahr trug er Klumpfußstiefel mit einer äußeren Stahlschiene. Die starke Supination suchte er durch eine Oberschenkelaußenrotation auszugleichen. Beim Auftreten sah die Fußsohle nach oben und nach innen. Auf dem Fußrücken befanden sich zwei Gehschwielien. Die aktive Zehenbewegung und die Abduktion des Vorderfußes zum inneren Fußgelenk hin waren möglich. Während viele Ärzte in derartigen Fällen von einer Behandlung absahen oder gar zu einer Amputation rieten, führte Wolff seine Eingriffe erfolgreich durch. Am 7. 6. 1884 wurde mit Hilfe von fünf anderen Personen, gerade zu dem Zeitpunkt, als die zuvor angelegten Wasserglas- und Gipslagen sich zu erhärten begannen, ein Redressement unter Narkose vollzogen. Am 10. 6. hatte der Patient fast keine Schmerzen mehr. Am 14. 6. wurde unter Narkose die Achillessehne subkutan durchschnitten. Es folgte wiederum ein Redressement mit Verbänden. Eine Woche nach dem dritten Redressement konnte der Patient mit Hilfe eines Schnürstiefels am 30. 6. bis zu 100 m ermüdungsfrei laufen. Ein Anfang August aufgetretener Dekubitus auf dem Fußrücken konnte

innerhalb von vier Wochen zum Abheilen gebracht werden. Während der ganzen Zeit war der Patient aber mit Hilfe seines Stiefels gelaufen. Im November konnte der Patient bereits drei Stunden ohne Ermüdung laufen. Der Fuß war im Verband kräftiger und, soweit es der Gips zuließ, beweglicher geworden. Auch der Unterschenkel hatte sich gekräftigt. Die Fußform war inzwischen fast normal. Wolff erwartete in den nächsten 3 - 4 Monaten noch eine weitere Besserung. Anschließend wies er darauf hin, daß eine derartige Behandlung auch noch bei Erwachsenen sinnvoll sei. Allerdings sei sie bei kleinen Kindern leichter durchzuführen (167). Er folgerte aus seinen Beobachtungen: "Daß also allen functionierenden Knochen eine durch mathematische Gesetze bestimmte functionelle Gestalt eigen ist" (168).

VI. HALS-, NASEN- und OHRENKRANKHEITEN

Die Krankenvorstellungen, die zum Bereich der HNO-Heilkunde gehören, sind im folgenden Abschnitt behandelt.

Eine bis dahin in der Literatur noch nicht beschriebene Erkrankung des Larynx und der Trachea führte Benno B a g i n s k y (1848 - 1919) am 17. 5. 1876 vor. Der 12 1/2-jährige Junge war seit dem 25. 7. 1875 bei Dr. Sieg in Behandlung gewesen. Seit längerer Zeit hatte er üblen Mundgeruch gehabt und bisweilen grüne, stinkende Massen ausgehustet. Sie stammten von einem festsitzenden Schleimhautbelag, der sich an der Larynx- und besonders an der Tracheawand und unter den wahren Stimmbändern an der Wand der Cartilago thyreoidea und cricoidea befand. Wenn sich kleine Teile dieses Belages durch Husten lösten, entstand dort eine Blutung, da kein Epithel mehr vorhanden war. Es handelte sich um fettig degenerierte Epithelien, sogenannten Detritus, der Ozaena nasalis sehr ähnlich. Baginsky schlug daher für diese Krankheit den Namen Ozaena laryngo-trachealis vor. Der Patient hatte außerdem einen leichten Pharynxkatarrh und eine Schwellung der beiden Nasenmuscheln. Eine Lues oder Skrofulose bestand nicht. Die Prognose war schlecht, da eine Perichondritis zu befürchten war. Inhalationen von Acid. carbolicum, Resolventien, Adstringentien und die innerliche Anwendung von Sirup. ferri jodati waren erfolglos geblieben (169).

Einem 17jährigen Mann aus Polen wurde vor drei Jahren durch einen Sturz seine Nase zerstört (Vorstellung am 8. 7. 1863). Die Wunde entzündete sich, und das Nasenbein sank ein. Die Konchen und ein Teil des harten Gaumens sowie die Nasenspitze fehlten. Hierzu hatte das glücklose Handeln eines Arztes beigetragen. Seit dem Dezember 1862 war der Patient bei H. W. B e r e n d im Augustusstraßen-Krankenhaus in Behandlung. Innerhalb von vier Wochen wurden die lupösen

Geschwülste an der Nasenspitze durch Zittmann sches Dekokt beseitigt. Sodann begann Berend mit der Restauration der Nasenspitze. Er machte einen Querschnitt in den Nasenrücken, zog dann die Rudimente der Nasenspitze herunter und befestigte sie an den Nasenflügelresten. Durch eine Verschiebung seitlicher Gesichtslappen erhöhte Berend während einer zweiten Operation den Nasenrücken. Schließlich verpflanzte er in einer dritten Operation ein ovales Hautstück aus der Stirnhaut nach der Methode von Dieffenbach und gleichzeitig auch Periost. Der Stirndefekt heilte gut ab. An der Nase trat jedoch keine Knochenbildung ein (170).

Ein junger Mann litt seit fünf Jahren an Fazialiskrämpfen (Vorstellung am 2. 2. 1881). Martin B e r n h a r d t (1844 - 1915) dehnte bei ihm operativ den N. facialis im Sommer 1880. Danach trat eine schwere Lähmung der Augen-, Nasen- und Stirnmuskeln ein. Die Mundmuskeln waren nur leicht gelähmt. Im Verlauf der Motilitätsrückgewinnung traten auch wieder die alten Krämpfe ein. Wollte der Patient eine Gesichtsbewegung machen, besonders beim Mundspitzen, wurden die Fazialiskrämpfe sofort ausgelöst. Bis zu diesem Zeitpunkt waren nur fünf derartig behandelte Fälle in der Literatur nachzuweisen. In allen Fällen war die Dehnungsmethode wenig erfolgreich gewesen (171).

B. F r ä n k e l demonstrierte einen Mann, der behauptete, seit einer schweren, fieberhaften Krankheit aphonisch zu sein (Vorstellung am 14. 6. 1876). Streckte der Mann jedoch die Zunge heraus, konnte er laut sprechen. Der Larynx war normal. Die Processus vocales flottierten bisweilen etwas. Der Patient hatte eine geringe Spitzenaffektion. Fränkel hielt die Aphonie für hysterisch (172).

Seit vier Jahren hatte eine 45jährige Frau einen linksscitigen Fazialiskrampf in allen Ästen, der in kurzen Abständen auftrat, solange sie wach war (Vorstellung am 11. 6. 1884).

Seit Ende 1882 war sie in der Behandlung von Mendel gewesen. Wegen einer leichten Periostitis auf der linken Nasenbeinseite war sie zu B. Fränkel gekommen. Die Entzündung heilte schnell ab. Fränkel stellte fest, daß er durch Erweiterung des linken Nasenloches heftige Fazialiskrämpfe auslösen konnte. Durch Berührung der Nasenschleimhaut konnte er dasselbe erreichen. Daher versuchte er mit einer galvanokautischen Behandlung der Nasenschleimhaut, den Krampf zu beseitigen. Nach der ersten Sitzung schwächten sich die Krämpfe ab und wurden seltener. Der Fazialisast, der zum Mund führte, wurde nicht mehr gereizt. So konnte die Patientin wieder unbeschwert reden. Nachdem Fränkel die Behandlung der unteren und mittleren Nasenmuschel und des mittleren Nasenganges fortgesetzt hatte, war die Patientin von ihren Krämpfen von Ende April 1884 an völlig befreit. Am Schluß waren nur noch ab und zu Krämpfe am Auge aufgetreten. Es bestand eine leichte Nasenschleimhautschwellung und ein chronischer Katarrh mit atrophischer Tendenz. Nach der Ansicht von Fränkel ließen sich auch durch die sensiblen Nerven der Nasenschleimhaut reflektorische Asthmaanfälle auslösen (173).

Einen linksseitigen, permanenten, mimischen Gesichtskrampf bei einer Frau zeigte v. Graefe am 16. 12. 1863. Nur während des Schlafes hatte die Frau keinen Krampf. Es ließ sich, wie in ähnlichen Fällen, ein Druckpunkt finden, durch den der Krampf unterbrochen werden konnte. In diesem Falle lag er in der Mundhöhle hinter der letzten Alveole der Mandibula. Bei Druck auf diesen Punkt wurde der Krampf sofort unterbrochen. Albrecht v. Graefe demonstrierte dies. Führte man dort eine Neurotomie durch, war eine Möglichkeit der Heilung gegeben (174).

Dieselbe Patientin stellte v. Graefe am 6. 4. 1864 wieder vor. Er hatte zwei neue Druckpunkte entdeckt. Der eine befand sich an der Schläfe im Bereich des N. subcutaneus malae und der andere am N. supraorbitalis. Nachdem er den Temporalast des N. subcutaneus und darauf den N. supraorbitalis

durchtrennt hatte, traten bei der Patientin nur noch kleine Zuckungen in der Wange auf, wenn sie die Augen schloß. Jedoch war nach 14 Tagen der alte Zustand wiederhergestellt. Daraufhin hatte er vor vier Wochen den N. alveolaris subkutan von der Mundhöhle aus durchtrennt sowie den N. lingualis. Unmittelbar darauf waren die Krämpfe bis zum Zeitpunkt der Vorstellung nicht mehr aufgetreten. Nun bestand eine Unempfindlichkeit des Zahnfleisches und der Zunge in der linken Mundhälfte. Auch empfand die Patientin auf der linken Zungenseite keinen Geschmack mehr. Auf diese Weise wurde erstmals bewiesen, daß der N. lingualis die Geschmacks-wahrnehmungen weiterleitet. Am 12. 5. 1865 berichtete v. Graefe nochmals über denselben Fall. Der Geschmacksverlust hatte für vier Monate angehalten. Danach waren gleichzeitig mit dem Geschmack auch die Krämpfe wieder zurückgekehrt. Durch eine erneute Durchtrennung der Nerven waren die Krämpfe seit über 1/2 Jahr wieder verschwunden. Wiederum war damit auch der Geschmacksverlust verbunden (175).

Eine weitere Frau mit einem Fazialisleiden brachte v. Graefe am 12. 4. 1865 zur Vorstellung. Bei ihr glaubte er, daß der doppelseitige Fazialiskrampf durch eine Reizung des N. lingualis reflektorisch auftrete. Er hatte am linken Zungenrand nahe dem Arcus glossopalatinus und dem Foramen maxillare inferius ein putrides Geschwür festgestellt. Durch Druck auf diese Stelle konnte der Krampf, der seit vier Monaten fast ununterbrochen angehalten hatte, unterbunden werden. Nachdem das Geschwür gereinigt und mit Chlorwasserverbänden behandelt worden war, granulierte es. Gleichzeitig ließ die Intensität und Häufigkeit der Krämpfe nach. Mit der Vernarbung des Geschwüres verschwanden sie völlig (176).

Am 1. 5. 1878 beschrieb Paul H e y m a n n einen "phonischen Krampf der falschen Stimmbänder" und führte ihn vor. Bei jedem Phonationsversuch traten die falschen Stimmbänder dicht aneinander. Da diese mit Muskelfasern versehen sind,

war ein Krampf möglich. Heymann sah hier eine Analogie zu Beschäftigungsneurosen, wie z. B. Schreibkrämpfen (177).

Heymann konnte die Sprachstörung einer 24jährigen Frau mit Hilfe von Sprachübungen beseitigen (Vorstellung am 16. 2. 1881). Die Frau hatte "S" und damit zusammenhängende Buchstaben nicht aussprechen können. "Sch" wurde richtig ausgesprochen. Eine Ursache für die Störung war nicht zu finden (178).

Bei einer 33jährigen Frau hatte Heymann eine vollständige, symmetrische Verschmelzung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand festgestellt (Vorstellung am 30. 11. 1881). Auf den ersten Blick war diese symmetrische Verwachsung völlig unauffällig. Es kam überhaupt keine Luft durch die Wand zwischen Nase und Mund. Die Patientin hatte kaum Beschwerden. Eine auffällige Sprachstörung bestand nicht. Czermak hatte in einem anderen Fall früher schon dasselbe beobachtet. Die Patientin litt angeblich seit dem achten Lebensjahr an dieser Störung. Früher war sie angeblich blind gewesen und in der Universitätsklinik Leipzig von Professor Coccius behandelt worden. Später sei sie schwerhörig geworden. Sie konnte bis zum 13. Lebensjahr nur schlecht verständlich reden. Seitdem die Menses eingetreten waren, konnte sie besser sprechen. Sie hatte sieben Schwangerschaften gehabt, zwei waren durch Aborte zu Ende gegangen. Zur Zeit der Vorstellung hatte sie einen Larynxkatarrh. Im Rachenraum waren im Kehlkopfgebiet noch Narbenverziehungen festzustellen. Da kein trockener Katarrh bestand und keine Risse in der Wand und auch sonst keinerlei Beschwerden vorhanden waren, bestand keine Veranlassung zu operativem Vorgehen. Im übrigen waren derartige operative Versuche von Ried, Paul, Kuhn und anderen ungünstig verlaufen (179).

Eine Frau, die zu H i t z i g in Behandlung gekommen war, war seit neun Wochen krank gewesen (Vorstellung am

18. 11. 1868). Wenn auf den Unterkieferast des Fazialis ein Druck ausgeübt wurde, trat eine Verziehung des Mundes nach der kranken Seite hin ein. Auch konnten sehr starke Kontraktionen durch direkten Druck auf die Muskeln erreicht werden. Bei der willkürlichen Gesichtsmuskelbewegung hörte sie einen Ton (180).

Bei einer weiteren Vorstellung am 25. 11. 1868 berichtete Hitzig, daß bei einer Untersuchung am 20. 11. 1868 durch Perkussion des Unterkieferastes des Fazialis unmittelbar ein klonischer Fazialiskrampf ausgelöst worden war, wovon auch bald der Fazialis auf der anderen Seite betroffen wurde. Kurz darauf hatten auch die Partes masticatoria der beiden Trigemini genauso reagiert. Schließlich sei auch noch Schüttelfrost aufgetreten. Am Abend desselben Tages war ein ähnlicher Anfall spontan aufgetreten. Am nächsten Tag hatte die Patientin Extremitätenkrämpfe gehabt. Durch ruhige Lagerung und Gabe von Kalium bromatum konnten die Anfälle beseitigt werden (181).

An einem Patienten mit einer peripheren Fazialislähmung demonstrierte Hitzig die erhöhte mechanische Erregbarkeit (Vorstellung am 7. 7. 1869; 182).

Ein 20jähriger Mann hatte sich Mitte September 1875 einen Bleistift in das linke Ohr gesteckt. Beim Herausziehen blieb das Knopfende stecken. Der Arzt hatte den Knopf nicht extrahieren können (Vorstellung am 15. 12. 1875). Der Mann bekam starke Kopfschmerzen auf der linken Seite und ein Reißen und Stechen im linken Ohr. Am 12. 10. 1875 erfolgte die Aufnahme im Jüdischen Krankenhaus. Außer einem Nervenfieber hatte der Mann nie eine Krankheit gehabt. Bei nahen Verwandten waren Krampfanfälle und zweimal Selbstmord aufgetreten. I s r a - e l konnte den Ohrtrichter ohne Hindernisse in den Gehörgang einführen, weil kein Trommelfell vorhanden war. In der Paukenhöhle sah er eine gelbliche spiegelnde Fläche, die bei Berührung einen hellen Klang von sich gab. Der Patient konnte links nur über Knochenleitung hören. Drei Tage nach der

Aufnahme bekam er Schüttelfrost und $41,1^{\circ}$ Fieber. Nach $1\frac{1}{2}$ Tagen hatte sich sein Befinden wieder normalisiert. Am 18. 10. 1875 war ein vergeblicher Extraktionsversuch gemacht worden. Danach war Otorrhoe eingetreten, die sich bis zum 31. 10. zurückbildete. Das Fieber stieg wieder auf $39,6^{\circ}$ an und schwankte für 11 Tage bis zur Operation am 11. 11. 1875. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Patient Schmerzen in beiden Armen, am Oberkörper und in den Hüften. Die linke Pupille war weiter als die rechte. Es waren Zuckungen im linken Augenschließmuskel zu beobachten und eine Hyperalgesie in den schmerzenden Hautstellen. Der Patient erbrach häufig, und sein Puls war unregelmäßig. Schließlich trat eine starke Kontraktion der linken Hand ein. Nachdem $\frac{1}{3}$ mg Atropin subkutan verabreicht worden war, waren nach 30 Minuten alle Erscheinungen verschwunden. Die Kontraktion trat nie wieder auf. Die Operation führte Israel zusammen mit v. Langenbeck durch. Nachdem die Ohrmuschel abgelöst und nach vorn geklappt worden war, konnte der Knopf entfernt werden. Die Wunde wurde mit Catgutnähten genäht. Unter einem Kompressionsverband trat schnell Heilung ein. Israel vermutete, daß der Druck des aufgestauten Eiters in der Paukenhöhle auf die Nervenendigungen eine reflektorische Erregung bewirkte, da nach dem Eiterabfluß eine Erleichterung und eine starke Temperatursenkung aufgetreten war (183).

Ein 16jähriger Lehrling lag wegen einer schweren Typhuserkrankung seit dem 30. 12. 1878 im Krankenhaus Bethanien (Vorstellung am 10. 12. 1879). In der Rekonvaleszenzzeit trat ein Glottisödem auf. Werner K ö r t e (1853 - 1937) mußte eine Tracheotomie durchführen. Das Lig. conoideum und der obere Teil des Ringknorpels wurden dabei durchtrennt. Nach zwei Monaten wurde der Kehlkopfkanal erweitert. Da der Kanal sich spontan verengte, mußte eine Kanüle darin belassen werden. Später wurde eine Doppelkanüle mit einem Phonationsapparat angefertigt und eingeführt. Trotz der Zerstörung der Stimmbänder konnte der Patient nun laut sprechen,

wenn er den Finger auf die Kanülenöffnung legte (184).

Hermann K r a u s e (1848 - 1921) hatte eine 30jährige Patientin mit einer primären Perichondritis cricoidea unter Beteiligung des Krikoarytaenoidgelenkes gehabt (Vorstellung am 2. 5. 1863). In diesem Falle hatte Krause die Erkrankung schon früh erkannt. Die Patientin war seit sechs Tagen bei ihm in Behandlung. Sie hatte ein Druckgefühl im Hals und Schmerzen, die bis zum rechten Ohr ausstrahlten. Wegen starker Schlingbeschwerden konnte sie nur Flüssigkeit zu sich nehmen. Ihre Stimme war unverändert, aber nach längerem Sprechen etwas belegt. Beim Reden auf der Straße wurde sie schnell heiser. Seitdem sie am 16. 3. 1863 für einige Stunden bei kühlem Wetter am offenen Fenster gestanden hatte, hatte sie Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Ihr Vater war an Halsschwindsucht gestorben. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, daß die Schleimhaut über dem rechten Aryknorpel gerötet war und seine Konturen sich verändert hatten. Im rechten Sinus piriformis befand sich schaumiges Sekret. Die Schleimhaut auf der hinteren Fläche der Ringknorpelplatte war stark geschwollen und gegen die Pharynxwand vorgewölbt. Die Stimmbänder hatten eine normal weiße Farbe. Das rechte blieb bei der Phonation und Inspiration unbeweglich, während das linke am hinteren Glottisteil sich dem rechten bis auf 2 mm näherte. Die Prognose bezeichnete Krause als unsicher, da er eine Knorpelnekrose für möglich hielt. Bei mehrfachen Inzisionen in das geschwollene Gewebe war nur Blut und kein Eiter ausgetreten. Für die Patientin war eine Erleichterung für zwei Tage aufgetreten, und sie konnte wieder weiches Fleisch und Weißbrot essen. Danach kamen die Schmerzen aber wieder und eine erneute Inzision brachte bis zum Tag der Vorstellung wiederum Erleichterung (185).

Im frühen Stadium einer Pharynx tuberkulose befand sich ein 21jähriger Handlungskommiss (Vorstellung am 20. 2. 1884). Krause stellte fest, daß hauptsächlich die Rachenschleimhaut tuber-

kulös infiltriert war. Am Rande des linken Arcus palatopharyngeus befand sich ein papillärer Schleimhautauswuchs. Er schien auf einem oberflächlichen Geschwür gewachsen zu sein. In den letzten Tagen hatten sich graugelbe, hirsekorngroße Beläge gebildet, und die Schleimhaut zerfiel von Stunde zu Stunde. Der Patient hatte seit einem Jahr Husten mit wenig Auswurf gehabt. Im Dezember 1883 waren schmerzhaft Schlingbeschwerden hinzugekommen. Seit 3 1/2 Wochen war er heiser. Auch seine Mutter hustete, ein Bruder und eine Schwester waren mit drei bzw. vier Jahren an Lungen- bzw. Gehirnentzündung gestorben. Eine syphilitische Infektion leugnete er, und eine solche konnte auch nicht nachgewiesen werden. Der Patient war anämisch und schwächlich. Der Thorax war eingesunken, und im Bereich der linken und rechten dritten Rippe war eine Schalldämpfung festgestellt worden. Der Patient hatte bronchiales In- und Expirium und schwaches Rasseln. Auf der fast unbeweglichen Epiglottis befanden sich tiefe Ulzerationen, und auf der leicht ödematösen Aryknorpelschleimhaut sah man graue Knötchen. An der Pharynxschleimhaut bildete sich gerade ein tuberkulöses Geschwür. Die Uvula war um das Doppelte verlängert und stark geschwollen. Abends hatte der Patient erhöhte Temperaturen. Im Harn konnten Eiweiß und im Sputum Tuberkelbazillen nachgewiesen werden. Die Prognose auf die Lebensdauer sah sehr ungünstig aus. Zur Krafterhaltung und Schmerzlinderung beim Schlucken wurde dem Patienten eine Mischung aus Borsäure, Morphinum und Glycerin gegeben. Wie in einer späteren Sitzung mitgeteilt wurde, war der Exitus des Patienten am 2. 4. 1884 eingetreten (186).

Eine 17jährige war angeblich schon als Kind skrofulös gewesen, und man hatte ihr deshalb im Alter von 2 1/2 Jahren den linken Zeigefinger exartikuliert (Vorstellung am 21. 5. 1884). Seit 1 1/2 Jahren hatte sie einen Lupus der äußeren Nase und der Nasenschleimhaut. Köbner hatte Auslöffelingen mit einem Chlorzinkstift gemacht. Der nun von Krause festgestellte Lupus am Gaumensegel war von der Patientin noch nicht

bemerkt worden. Es handelte sich um eine Frühform eines Schleimhautlupus. Über der Uvula war auf der anämischen Schleimhaut ein erbsengroßer Knoten mit einem schmalen, roten Hof. Rechts von der Uvula fand sich noch ein hanfkorngroßes Knötchen. Die Haut war nicht infiltriert. Die Stimmbänder waren leicht gerötet und das Septum narium verdickt. Nach Beobachtungen von Chiari und Riehl traten bei einem Lupus erst Knötchen und dann Infiltration auf. Rachenlupus war bei weiblichen Patienten viel häufiger beobachtet worden. Nach den neuesten Forschungsergebnissen um 1885 befanden sich im Lupus Tuberkelbazillen. Mit Hilfe der Galvanokaustik sollten die Knötchen zerstört werden (187).

Krause konnte über die erfolgreiche Behandlung mit Milchsäure bei zwei Fällen von Larynx tuberkulose berichten (Vorstellung am 14. 10. 1885). Ein 37jähriger Maschinenbauer war seit 1 3/4 Jahren heiser und hatte Kehlkopf- und Schluckschmerzen. Obwohl er sich in ärztliche Spezialbehandlung begab, verschlechterte sich sein Zustand. Krause stellte bei ihm am 29. 7. 1885 Ulzerationen der Stimmbänder und Exkreszenzen an der hinteren Larynxwand und eine rechtsseitige Spitzeninfiltration fest. Unter der Behandlung mit Milchsäure besserten sich die Affektionen, und die Geschwülste begannen zu vernarben (188).

Bei einem Getreidesackträger bestand eine ähnliche Situation. Seit fünf Monaten hatten sich seine Beschwerden stetig verstärkt. Nach nun 14tägiger Behandlung mit Milchsäure fühlte er sich so, daß er in der nächsten Woche wieder zu arbeiten beabsichtigte. Krause wies abschließend darauf hin, daß die Milchsäure die phthisisch infiltrierten Gewebe, aber nicht die gesunden Gewebe angreife (189).

Bei einem Sturz aus 7 m Höhe auf die rechte Kopfseite am 27. 6. 1879 war der 29jährige Patient ohnmächtig geworden (Vorstellung am 2. 2. 1881). Er blutete aus dem rechten Ohr und war auf dieser Seite schwerhörig geworden. Seine rechte

Gesichtshälfte war angeschwollen und unbeweglich. Durch eine Hämorrhagie unterhalb des Abganges der Chorda tympani war der N. facialis rechts gelähmt worden. Das Gehör besserte sich bald wieder. Nachdem ihn Ernst Remak 2 1/2 Monate galvanisch behandelt hatte, trat erstmals eine Beweglichkeit im M. sphincter palpebrarum auf. Anfang November 1879 war die Beweglichkeit in allen Fazialisästen leidlich wiederhergestellt. Etwas später trat dann ein dem Lidschlag synchrones Zucken der rechten Gesichtshälfte ein. Wurde der Lidschlag unterdrückt, blieben die Erscheinungen aus. Bei willkürlichen Gesichtsbewegungen fanden sich Spuren einer rechtsseitigen Fazialislähmung. Derartige Fazialiskrämpfe waren schon häufiger nach Fazialislähmungen beobachtet worden (190).

Eine Patientin mit einem Polypen auf dem rechten Stimmband hatte Adalbert Tobold (1827 - 1907) schon seit dem 15. 11. 1862 behandelt. Der emphysematische Patient war seit 1 1/2 Jahren wahrscheinlich infolge einer Erkältung vollkommen stimmlos (Vorstellung am 4. 3. 1863). Der Versuch, in tiefer Chloroformnarkose unter der Assistenz von Dr. Knorre den Polypen zu entfernen, mißlang, da infolge von Schleim, der sich in der oberen Apertur des Kehlkopfes befand, mit dem Spiegel nichts zu sehen war. Im übrigen war keine Narkose des Kehlkopfes trotz äußerer Betäubung eingetreten. Am nächsten Tag wurde der Polyp ohne Narkose mit einem Skarifikator angeschnitten. Es erfolgte eine starke Blutung. Der Polyp war danach um 1/3 kleiner. Inzwischen hatten sich an der hinteren Larynxwand drei kleine Neubildungen entwickelt. Am 27. 2. 1863 konnte Tobold einen Teil des Polypen mit einem scherenförmigen Instrument entfernen. Den Rest hoffte er durch Kauterisation mit Chromsäure beseitigen zu können. Ob eine Chloroformnarkose bei einer Kehlkopfoperation sinnvoll sei, konnte er bisher noch nicht entscheiden. In einer anschließenden Diskussion meinte Lewin, daß die Chloroformnarkose nach seiner Erfahrung in diesen Fällen nutzlos sei (191).

An Typhus war ein 25jähriger Mann auf einer Italienreise vor 11 Monaten erkrankt. Nachdem er nach vierwöchiger Somnolenz erwacht war, war er für vier Wochen stimmlos geblieben. Sodann litt er unter Heiserkeit und Reizbarkeit der Halsorgane. Eine Kur in Wiesbaden war erfolglos geblieben. Vor sechs Wochen nun war er zu Tobold gekommen (Vorstellung am 22. 11. 1865). Dieser stellte eine Laryngitis, eine Schwellung der Taschenbänder und eine Verdickung der Stimmbänder fest. Das linke Stimmband war bewegungslos. Nach der dreiwöchigen Behandlung mit einem mit Höllenstein getränkten Touchierschwamm war die Entzündung zurückgegangen. Die Lähmung bestand noch. Deshalb wurde der Patient seitdem drei Wochen lang "mit Elektrizität" behandelt. Tobold hatte schon mehrere Glottisparalysen im Anschluß an eine Typhuserkrankung gesehen (192).

Ein 61jähriger Mann, der seit 43 Jahren nicht krank gewesen war, konnte seit vier Jahren nicht mehr für längere Zeit laut vorlesen (Vorstellung am 22. 11. 1865). Vor zwei Jahren war er infolge eines Höhlenbesuches und der dort herrschenden Kälte völlig stimmlos geworden. Eine Molkenkur und Schwefelbrunnen hatten ihm nicht geholfen. Ein Arzt hatte Larynxneubildungen festgestellt, die er drei Monate lang erfolglos mit einer Zange zu entfernen versuchte. Als der Patient zu Tobold kam, stellte dieser oberhalb der Stimmbänder einen großen Polypen und unterhalb des rechten Stimmbandes einen kleineren fest. Er machte innerhalb von acht Tagen den großen Polypen beweglich und entfernte ihn danach. Er sah wie ein Fibrom aus. Der kleine Polyp sollte anschließend entfernt werden (193).

Eine 23jährige Frau war infolge von Papillomen auf beiden Stimmbändern vollkommen aphonisch gewesen (Vorstellung am 15. 12. 1869). Innerhalb von zwei Jahren hatte Tobold alle Neubildungen bis auf einen geringfügigen Rest entfernt. Die Sprache der Frau war nach der Behandlung laut und deutlich, aber etwas rauh (194).

VII. NEUROLOGIE

Am häufigsten kamen Fälle zur Vorstellung, die nach heutiger Ansicht in das Gebiet der Neurologie gehören. Die hohe Anzahl der Krankenvorstellungen resultierte nicht zuletzt aus der neuentdeckten, therapeutischen Anwendung des elektrischen Stromes.

In der Sitzung am 29. 4. 1871 erklärte L. A u e r b a c h (195) "Der Zusammenhang zwischen Reizung, Anfüllung des Darmkanales, Verstopfung und Epilepsie ist zwar längst in der Wissenschaft erwähnt...", aber er glaubte, daß diese Tatsache den meisten Ärzten unbekannt sei. Auerbach gab in derartigen Fällen eine abführende Tablette, die u. a. Aloe enthielt. Bei einem Mann, der drei Jahre lang alle 4 - 6 Wochen regelmäßig einen epileptischen Anfall gehabt hatte, waren im ersten halben Behandlungsjahr nur noch "Anwandlungen", also keine Krämpfe aufgetreten. Nur zweimal war es noch zu Anfällen gekommen, nachdem er die Pillen nicht genommen hatte. In den letzten 1 1/2 Jahren war kein Anfall mehr aufgetreten. Lediglich vor einigen Tagen hatte er infolge von Ärger einmal eine "Anwandlung" gehabt.

Eine zweite 21jährige Patientin, die ebenfalls vorgestellt wurde, war seit dem 8. 3. 1871 in Behandlung. Sie hatte sechs Jahre lang täglich 1 - 3 epileptische Anfälle gehabt. In der Zeit vom 8. bis zum 12. 3. war nur einmal täglich eine "Anwandlung", d. h. entweder eine Bewußtseinstrübung oder eine Ohnmacht eingetreten. Erst nach sieben Tagen traten dann wieder drei Anfälle innerhalb von zwei Tagen infolge von "Indigestion und Beängstigung" auf. In den darauf folgenden acht Tagen hatte sie nur eine Anwandlung gehabt (196).

Zu O. B e r g e r war ein 26jähriger Soldat mit einer Rückenmarksaaffektion gekommen (Vorstellung am 7. 7. 1871).

Er war infolge von Erkältungen und der Strapazen des Feldzuges erkrankt. Bei ihm waren neben motorischen Symptomen, wie Paraparese mit einer beginnenden Ataxie, eine vollständige Analgesie der Haut und der Schleimhäute des gesamten Körpers festzustellen. Im Laufe der Zeit ließ auch der Tastsinn nach. Die Reflexe waren erloschen. Die elektromuskuläre Sensibilität und der Kraftsinn der Muskeln und auch das Gefühl für die Stellung der Glieder waren vollkommen erhalten. Berger führte diese Symptome auf eine Rückenmarkserkrankung zurück, die die graue Substanz des Rückenmarkes in ihrer gesamten Längsausdehnung und den ganzen Querschnitt betraf. Der Prozeß begann, sich, nach Berger, nun besonders auf die Hinterstränge auszudehnen und zum Gehirn hin zu entwickeln (197).

Zwei Brüder mit einer Muskelatrophie demonstrierte
B e r n h a r d t am 20. 1. 1875. Der jüngere der beiden Brüder, der 11 3/4jährige Otto Wunderlich, befand sich in einem früheren Krankheitsstadium als der ältere. Ihm war es noch möglich zu laufen. Er klagte über allgemeine Schwäche, und seine Muskulatur war zum größten Teil sehr schwach entwickelt. Alle seine Bewegungen wurden ihm unmöglich, wenn man ihnen schon einen geringen Widerstand entgegensetzte. Aufstehen konnte er aus dem Sitzen nur mit Schwung holen. Um aus einer liegenden Position sich aufzurichten, mußte er sich am eigenen Körper abstützen. Er hatte keinerlei Schmerzen, und seine Sensibilität war normal. Trotz der Muskelschwäche waren die Wadenmuskulatur, die Glutaeen und die Muskeln der Sakrospinalgegend hypertroph (198).

Sein 16jähriger Bruder Hermann war bis zum zehnten Lebensjahr gelaufen. Seitdem saß er nur noch zu Hause. Er war sehr stark abgemagert. Seine sehr seltenen Armbewegungen führte er nur langsam und mühselig aus. Stehen konnte er überhaupt nicht mehr. Sein geistiger Zustand war wenig entwickelt. Die Sensibilität war normal. Die elektrische Erregbarkeit der

Muskeln war stark erniedrigt. Seit einiger Zeit hustete er und hatte dabei viel Auswurf. Sein Vater war stets gesund gewesen, bis er im Alter von 38 Jahren an einer "Brustkrankheit" verstorben war. Die Mutter war gesund. Sie hatte sieben Söhne gehabt. Der 20- und der 22jährige waren gesund, während drei andere im Alter von 10, 14 und 16 Jahren an derselben Krankheit, wie sie die beiden vorgeführten Patienten hatten, gestorben waren. In allen drei Fällen hatte eine Lungenaffektion ihrem Leben ein Ende gesetzt. In der nahen Verwandtschaft waren derartige Krankheitsbilder nicht zu finden. Jedoch war schon von anderen Ärzten die Erblichkeit dieser Krankheit öfter festgestellt worden (199).

Der 53jährige Rittergutsbesitzer Nehring wurde am 14. 2. 1866 von M. E u l e n b u r g vorgestellt. Der Patient, Vater von fünf Kindern, lebte finanziell gut gestellt in glücklichen Familienverhältnissen. Er war stets gesund gewesen. Nur 1840 hatte er ein schweres Nervenfieber gehabt. Seit 3 1/2 Jahren, der Patient behauptete, seit 5 1/2, hatte er anhaltende Rückenschmerzen in der dorsalen Lumbalgegend. Ihm war bald das Wagenfahren infolge des schmerzhaften Ein- und Aussteigens unmöglich geworden. Ebenso bereitete es ihm starke Schmerzen, sich auf einen Stuhl zu setzen. Vor 2 1/2 Jahren waren blitzartige Schmerzen und Zuckungen in den Beinen aufgetreten. In den Gelenken war er steif geworden. Er sah plötzlich alles doppelt, und seine Seh- und Hörleistungen nahmen ab. Im Dunkeln begann er, im Stand zu taumeln, da er keinen Tastsinn in den Beinen mehr hatte. In den Händen war der Tastsinn vermindert. Beim Gehen hatte er das Gefühl, als ob er auf Watte laufe. Stuhlgang und Harnentleerung waren gestört. Schon seit drei Jahren funktionierten die Sexualorgane nicht mehr. Die Sensibilität war eingeschränkt. Es war eine auffällige Gewichtsabnahme, besonders an den Unterschenkeln, eingetreten. Der Patient hatte regelmäßig gelebt und keine Syphilis gehabt. Er selbst vermutete als Ursache für diese Krankheit schweren Kummer. Eulenburg schloß aus

diesen Anzeichen auf eine Ataxie locomotrice progressive, auch Tabes dorsalis genannt. Er glaubte, daß dies mit einer grauen Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge identisch wäre. Er behandelte den Patienten nach der Methode von Wunderlich mit *Argentum nitricum*, die in derartigen Fällen nicht immer Erfolge gebracht hatte. Vom 12. 9. 1865 an bekam der Patient täglich fünf Pillen, was einem Viertel Gran entsprach ($1/6$ Gran = $1/100$ g). Nach zehn Tagen empfand der Patient keinen Schmerz mehr und hatte keine Auftreibungen mehr. Nur morgens war der Schmerz in der Lumbalgegend stärker. Bis zum 7. 10. 1865 waren sechs Gran verbraucht. Der Patient konnte nun auf einem Bein stehen und gleichzeitig am anderen Bein die Gelenke wieder beugen. Bis zum 13. 1. 1866 hatte der Patient 39 Gran genommen. Es war eine stetige Besserung aller Beschwerden eingetreten und selbst die Sehkraft verbesserte sich wieder. Es waren jedoch viermal ihm zuvor unbekannte Koliken aufgetreten. Seine Stimmung war heiter. Eine Bronzefärbung der Haut konnte nicht festgestellt werden (200).

Während der eine Woche später erfolgten Vorstellung waren alle Bewegungen wieder normal. Eulenburg betrachtete ihn als geheilt. Daß die linke Pupille um $1/10$ größer als die rechte war, glaubte Eulenburg, nicht als pathologisch ansehen zu müssen (201).

Als der Patient am 5. 12. 1866 wieder vorgestellt wurde, hatten sich alle Lebensfunktionen normalisiert. Seit vier Jahren hatten sich nun auch wieder erstmals Erektionen eingestellt (202).

Ein 50jähriger Gärtner war von M. Eulenburg wegen Tabes dorsalis mit konstantem Strom erfolgreich behandelt worden (Vorstellung am 16. 12. 1868). Vor etwa 15 Jahren hatte er die Symptome der sogenannten Tabes basalis gehabt. Von Remak war er dann drei Jahre später nach einer halbjährigen, galvanischen Behandlung als gebessert vorgestellt worden. In den nächsten Jahren war eine Verschlechterung des Zustandes eingetreten, die psychisch bedingt gewesen sei. Durch die

Galvanisation wurde ein schnelles Verschwinden der meisten Krankheitssymptome erreicht. Besonders nahmen die Motilitätsstörungen ab (203).

Im Protokoll von der Sitzung am 7. 7. 1869 war nur kurz vermerkt worden: "Herr Eulenburg senior stellt einen Fall von Paralyse des Serratus anticus major vor und begleitet ihn mit einigen Erörterungen" (204).

Albert E u l e n b u r g führte am 10. 12. 1884 einen sehr seltenen Fall vor. Der 39jährige Schuhmacher G. hatte gleichzeitig eine Tabes dorsalis und eine progressive Muskelatrophie. Bei dem Patienten, der hereditär unbelastet war, bestand kein Syphilisverdacht. Von Kindheit an hatte er Migräne gehabt. 1868 war eine Lungenentzündung aufgetreten. Vor zehn Jahren bemerkte er die ersten Tabessymptome in Form eines drückender Gefühls, das sich in Nabelhöhe rund um den Körper erstreckte. Seit sieben Jahren kam eine zunehmende Schwäche in den Beinen hinzu. Alle zwei bis drei Wochen trat ein gastralgischer Anfall auf. Seine Potenz hatte sich verringert. Das Körpergewicht hatte abgenommen, und seit Mai 1883 war auch eine Schwäche in den Händen aufgetreten. Am 12. 6. 1883 kam der Patient zu Eulenburg. Dieser stellte einen ataktischen Gang, eine Myosis und reflektorische Pupillenstarre fest. Aus den Symptomen schloß Eulenburg, daß zu einer chronischen Rückenmarksaaffektion eine progressive Muskelatrophie hinzugetreten war. Nach Eulenburg bestand die Seltenheit dieses Falles darin, daß zu einer rein sensitiven Systemerkrankung des Rückenmarkes eine Tabes dorsalis getreten war (205).

Bei einem achtjährigen Jungen war eine Aphasie infolge einer Scharlacherkrankung aufgetreten (Vorstellung am 21. 7. 1869). Die Krankheit hatte vor zwei Monaten begonnen. In der vierten Woche war ein allgemeiner Hydrops aufgetreten. Nach weiteren 14 Tagen hatte er an einem Tage für etwa 12 Stunden Krämpfe, die besonders auf der rechten Körperseite und im

Gesicht auftraten. Danach befand er sich für zwei Tage im tiefsten Koma. Bei seinem Erwachen war die rechte Seite gelähmt. Da sich im Harn Eiweiß nachweisen ließ, glaubte A. Eulenburg, daß die Ursache der Krämpfe urämischer Natur war. Die Lähmung verschwand langsam. Am rechten Arm konnte die Lähmung aber erst durch die Behandlung mit konstantem Strom beseitigt werden. Es blieb eine Aphasia vera zurück. Der Knabe konnte nur noch "Ja" und "Ach" (anstatt "nein") sagen. So war es ihm möglich, alle Fragen sinngemäß zu beantworten. Eulenburg vermutete, daß nach dem Scharlach eine Hemiplegie aufgetreten war. Durch die skarlatinöse Nephritis sei dann der urämische Anfall ausgelöst worden. Ein akutes Gehirnödem ließ dann eine nekrotische Erweichung oder eine hydrozephalische Erweichung zurück. So hielt er es für fraglich, ob sich die Aphasie noch bessern würde (206).

Ein vierjähriges mikrozephales Kind wurde von Fränkel am 11. 11. 1868 gezeigt. Der Junge war am 28. 5. 1864 mit einem kleinen und harten Schädel geboren worden und bisher kaum gewachsen. Besonders an den Seiten war der Schädel verengt. Die Körperlänge des Kindes betrug 82,5 cm, sein Kopfumfang 41 cm, der Brustumfang 47 cm. Der Körper war normal entwickelt, die geistigen Fähigkeiten waren jedoch kaum größer als die eines jungen Hundes. Er hatte von Geburt an Krämpfe. Seine Füße waren paretisch einwärts gerichtet. Er konnte nicht sprechen, aber er erkannte seinen Vater und seine Mutter. Fränkel wies darauf hin, daß dies keine Form eines Atavismus sei (207).

Ein Mann mit einer "Oculomotoriusparese ex causa syphilitica" war zu v. Graefe gekommen (Vorstellung am 25. 2. 1863). Beim Schließen des gesunden Auges bekam der Patient Schwindelgefühl (208).

Durch eine kraniale und intrakraniale Lues war bei einem Mann eine linksseitige Trigeminus- und Abduzensparese entstanden (Vorstellung am 19. 2. 1868). Innerhalb von wenigen Monaten bildete sich eine Atrophie der linken Gesichtshälfte aus. Durch den schwächeren linksseitigen Muskeltonus gab es das scheinbare Bild einer Fazialisparese. Albrecht v. Graefe glaubte, daß ein Teil der einseitigen Gesichtsatrophien auf diese Weise entstehe (209).

Innerhalb von sechs Jahren waren bei einer Frau alle das Auge bewegende Muskeln paralytisch geworden (Vorstellung am 19. 2. 1868). Das rechte Auge war stärker befallen als das linke. Albrecht v. Graefe glaubte, daß ein derartiger Fall in der Literatur noch nicht ausreichend erörtert worden wäre (210).

Eine Muskelhypertrophie hatte Wilhelm G r i e s i n g e r (1817 - 1868) bei zwei Brüdern festgestellt (Vorstellung am 21. 2. 1866). In beiden Fällen soll die Hypertrophie infolge von Masern aufgetreten sein. Hiermit war überhaupt erstmals eine Ursache für die Krankheit angegeben worden. Die Erkrankung hatte im 6. bzw. im 7. Lebensjahr an den Wadenmuskeln begonnen. Bei dem älteren der beiden Knaben war das Leiden stärker. Beide waren geistig gut entwickelt. Die Waden der Brüder waren auffällig verdickt. Sie konnten nur mühsam gehen, und zum Setzen ließen sie sich fallen. Die Beinstrecker waren schwach. Sie konnten die Beine nicht übereinanderlegen. Die Adduktoren am Oberschenkel waren atrophisch. Während die Oberarme stark abgemagert waren, waren die Vorderarme mit kräftigen Muskeln versehen. Auch die Kau- und Kopfbewegungen waren normal. So waren am ganzen Körper verdickte, verdünnte und normale Muskeln zu finden, von denen einige schlecht funktionierten (211).

Am 25. 2. 1869 stellte Paul G. G u t t m a n n eine Frau mit einer hochgradigen Störung aller sensiblen Hirnnerven vor (212).

H a d r a berichtete, daß bei einer 42jährigen Frau wegen einer hochgradigen Anämie nach einer Entbindung mehrere Ätherinjektionen in den rechten Vorderarm gemacht worden waren (Vorstellung am 3. 6. 1885). Die Patientin empfand in dem Arm eine Stunde lang ein mäßiges Brennen. Dann wurde der Arm matt und kraftlos und schwoll etwas an. Die Sensibilität blieb ungestört. Es war eine partielle Lähmung des N. radialis im Ramus profundus entstanden, die bis zum Tage der Vorstellung 13 Tage angehalten hatte. Dies war die zehnte derartige Beobachtung. Hadra empfahl daher, Injektionen dort vorzunehmen, wo keine Nerven lädiert werden können, wie zum Beispiel an Brust, Bauch, Rücken oder der äußeren Oberschenkelfläche (213).

H e y e r (gest. 1929) glaubte, daß ein 11jähriger Knabe von dem niedrigsten Grad von Idiotismus geheilt worden sei (Vorstellung am 11. 2. 1863). Er war im November 1861 mit einer artikulierenden Glossoplegie vorgestellt worden. Damals verstanden ihn seine Eltern kaum. Inzwischen hatte er Lesen und Schreiben gelernt und konnte ziemlich deutlich sprechen. Es bestand noch eine periodische Schwerhörigkeit, die besonders bei naßkaltem Wetter und Wind auftrat (214).

Bei einem 36jährigen Manne ließen sich "durch Druck auf gewisse im Bereich großer Nervenstämme liegender Stellen" reflektorische Muskelkrämpfe auslösen (Vorstellung am 10. 2. 1866). Während anfangs nur eine Unsicherheit in den linken Extremitäten bestand, kam es später zu stärker werdenden Zuckungen. H i t z i g s Strombehandlung brachte dem Patienten Linderung. Es kam aber immer wieder zu Rückfällen. Die Behandlung sollte noch fortgesetzt werden (215).

Eine Frau mit einer progressiven Atrophie der Daumenmuskeln der linken Hand, sowie einer Analgesie an den oberen und unteren Extremitäten war bei Hitzig in Behandlung (Vorstellung am 30. 5. 1866). Die Analgesie war am linken Arm im

Bereich des N. cutaneus brachii medii und des N. ulnaris aufgetreten. In ähnlicher Weise, aber unterschiedlich stark war davon auch der rechte Arm betroffen. Tast- und Temperatursinn waren normal. Die Stiche wurden als Druck und der elektrische Pinsel als Jucken empfunden. An der rechten Hand und an den unteren Extremitäten waren ähnliche Verhältnisse festzustellen (216).

Ein Mann war vor 1 3/4 Jahren vom Pferd gestürzt und auf den Rücken gefallen (Vorstellung am 9. 1. 1867). Im Laufe der Zeit bildeten sich die Zeichen einer subakuten Nervenentzündung der Rückenmarkshäute aus. Der Patient konnte sich nur mit Mühe fortbewegen und hatte stärkste lokale und exzentrische Schmerzen. Vor einem Jahr kam er in die Behandlung von Hitzig. Es bestand keine Bewegungsataxie, obwohl weitläufige Sensibilitätsausfälle vorhanden waren. Nach einer viermonatigen Behandlung mit konstantem Strom konnte der Patient als geheilt entlassen werden. Inzwischen war ein stark schmerzhaftes Rezidiv der ursprünglichen Krankheit entstanden. Hitzig glaubte, den Patienten innerhalb von zwei Monaten wieder heilen zu können (217).

Unter einer Atrophie der Vorderarme litt ein 27jähriger Kaufmann (Vorstellung am 30. 1. 1867). Neben einer sichtbaren Abmagerung der Vorderarme hatte Hitzig besonders an der Streckseite perlschnurartige, variköse Ausdehnungen in den Hautvenen beobachtet. Er zog eine Atrophie der glatten Muskelfasern der Venen in Betracht (218).

An demselben Tag demonstrierte er einen Patienten, der der Gesellschaft schon bekannt war. Seine Krämpfe entstanden durch einen Reiz, der auf den N. cruralis ausgeübt wurde. Seit der Vorstellung am 5. 5. 1866 war er mit Calabartinktur behandelt worden. Sie war mit Aquae mentae spiriti vini zu 2/3 gemischt worden. Ihm wurden dreimal täglich 20 Tropfen verabreicht. Die Dosis wurde später auf zwölfmal täglich 45 Tropfen gesteigert. Es waren keine Pupillenveränderungen zu beobachten. Dafür aber trat Übelkeit ein, und die

Herzaktion wurde unregelmäßig. Die günstige, krampfunterdrückende Wirkung des Medikaments ließ mit der Zeit wieder nach. Auch als von der reinen Tinktur siebenmal täglich 20 Tropfen gegeben wurden, trat keine Änderung des Zustandes ein. Als Hitzig Curare "hypodermatisch" anwandte, kam es kurzfristig zu einer geringen Besserung. Da bald eine Rückensteifigkeit auftrat, wurde die Behandlung wieder abgesetzt (219).

Eine andere Patientin von Hitzig war eine 19jährige Frau mit einer Hemiatrophia facialis (Vorstellung am 5. 2. 1868). Als Ursache nahm die Patientin eine vor 13 Jahren durchgemachte Erkältung in Verbindung mit einem starken, sogenannten Zahngeschwür an. Daraufhin waren Blässe und Abmagerung der linken Gesichtshälfte eingetreten, die bis vor zwei Jahren trotz ärztlicher Behandlung zunahmen. Der äußere Gesichtsteil war besonders stark betroffen. Die Muskeln waren höchstwahrscheinlich nicht atrophiert. Es fehlte nur das Unterhautfettgewebe (220).

Den Fall einer alten, traumatischen Lähmung des rechten M. serratus anticus major zeigte Hitzig am 14. 7. 1868 (221).

Durch die Behandlung mit induzierten Strömen konnte eine fortgeschrittene, progressive Muskeldystrophie eines Mannes geheilt werden (Vorstellung am 7. 7. 1869). Auf diese Art konnte Hitzig die seit Jahren fehlende Funktion der Muskeln des Biceps, Triceps und des linksseitigen Triceps brachii wiederherstellen (222).

Bei einem Patienten von Hitzig war eine Hypertrophie des rechten Armes eingetreten (Vorstellung am 10. 7. 1872). Am 11. 10. 1870 hatte ein scharfer Gegenstand die rechte Fossa supraclavicularis getroffen. Bei starken Schmerzen war der Arm für kurze Zeit gefühllos und unbeweglich gewesen. Später blieb nur die willkürliche Bewegung der Schulter gestört. Außerdem hatte der Patient ein ständiges Kältegefühl in der Hand, die auch anschwell, wenn sie herunterhing. Drei Tage nach dem Unfall hatte er noch eine schwere Ruhrerkrankung

bekommen. Mitte Januar 1871 bemerkte der Patient, daß der rechte Arm dicker war. Seit Juli 1872 befand er sich in Behandlung. Inzwischen war besonders der Oberarm dicker, aber auch der Knochen des Unterarmes hatte sich verstärkt. Absolut war der rechte Arm um etwa 2 cm länger. Am Thorax ließen sich beide Mm. pectorales majores nicht finden. Die ersten drei Interkostalräume waren eingefallen. Links war die Atrophie stärker. Es fanden sich noch mehrere Symptome für eine Lähmung des M. serratus anticus major. Die Ursache für die verlorene Funktion und noch erhaltene Erregbarkeit sah Hitzig in einer Unterbrechung des N. thoracicus, ohne daß er gänzlich durchtrennt wurde. Das verstärkte Wachstum sei durch eine Reizung der trophischen Fasern im Plexus brachialis zustande gekommen (223).

Eine Glosso-pharyngo-labialparalyse (eine sogenannte Bulbärparalyse) hatte ein siebenjähriges Mädchen, das von Hitzig behandelt wurde (Vorstellung am 24. 6. 1874). Der Vater glaubte, daß das Kind die Krankheit von der Mutter bekommen hatte. Diese hatte das Kind, als sie Malariafieber gehabt hatte, gestillt. Hitzig glaubte an eine angeborene Affektion der Medulla oblongata, genauer gesagt der Rautengrube, da sich dort der Nerven Kern für Lippe und Schlund befindet. Durch eine Lähmung des M. orbicularis oris war der Mund schlecht geschlossen. Das Kind hatte ein weinerliches Gesicht. Die Zunge war fast völlig unbeweglich. Das Velum hing bei einer Phonation schlaff herab. Aus dem Mund lief dauernd Speichel heraus. Nachdem die elektrische Behandlung begonnen worden war, zeigte sich ein Erfolg. Bald konnte das Velum bewegt werden, und das Mädchen begann Worte zu artikulieren. Innerhalb von drei Wochen machte sie große Fortschritte. Sie konnte inzwischen die Zunge bis zu den Zähnen hervorstrecken. Der Speichelfluß war erheblich reduziert. Wortübungen wurden von ihr fleißig durchgeführt (224).

K ö b n e r stellte am 4. 4. 1883 einen 28jährigen Mann vor. Er hatte eine Atrophie des linken Oberarmes und der Hand. Vom Oberarm bis zum Handrücken fanden sich geflecht-ähnliche Entwicklungen der Venen, einige Tumoren und Bläschengruppen. Hereditär konnte nichts festgestellt werden. Zum Zeitpunkt seiner Geburt hatten sich nur am Vorderarm Gefäßgeschwülste befunden. Innerhalb von sechs Monaten waren auch die übrigen Teile des Armes erkrankt. Es waren multiple Neurome, neuromatöse Fibrome, kavernöse Angiome, Lymphangiome der Haut und des Unterhautzellgewebes zu finden. Die faradische und galvanische Muskelreaktion und die Sensibilität des Armes waren normal (225).

Die 59 Jahre alte Louise Mulak hatte eine Hemiatrophia facialis (Vorstellung am 11. 1. 1882). E. K ü s t e r fiel die Patientin auf, als er sie wegen einer Sehnenscheidenentzündung behandelte. Abgesehen von Menstruationsstörungen in der Jugend war die Patientin stets gesund gewesen. Sie hatte nie Krämpfe gehabt. Mit 27 Jahren heiratete sie. Ein Jahr später brachte sie ein Kind zur Welt. Im 29. Lebensjahr bemerkte sie, ohne daß zuvor eine Affektion eingetreten war, ein Einsinken der linken Wange. Die Veränderung im Gebiet aller drei Trigeminusäste links setzte sich bis zum Zeitpunkt der Vorstellung fort. Infolge von Fettschwund war das linke Auge tief eingesunken, aber noch funktionsfähig. Durch Wangenfettmangel war auf der linken Gesichtshälfte eine tiefe Einziehung zu finden. Nase und Mund waren etwas nach links verzogen. Die Kaumuskulatur war atrophisch. Die Zunge war nur geringfügig nach links verzogen. An den Schädelknochen war keine Veränderung eingetreten, da ihr Wachstum bei dem Krankheitsbeginn bereits abgeschlossen war. Dies war die 18. Beschreibung eines derartigen Falles (226).

Die folgenden sechs Fälle hatte L a n g e n b u c h wegen Tabes behandelt. Bei dem 44jährigen Zimmermann Albert Jutge war vor drei Jahren für etwa zehn Wochen Doppeltsehen

aufgetreten (Vorstellung am 11. 1. 1882). Ein Jahr später begannen die Füße ihm schwer und kalt zu werden. Später stellten sich ein Gürtelgefühl und Kreuzschmerzen ein. Auch der Gang wurde unsicher, und die Harnentleerung bereitete ihm große Schwierigkeiten. Eine eventuell erworbene Lues verneinte der Patient. Am 29. 5. 1881 wurden in der Glutaealfalte beide Nn. ischiadici und der rechte N. cruralis gedehnt. Nach einer Heilungsdauer von 8 Tagen konnte der Patient wieder sicherer gehen und im Dunkeln, allerdings noch schwankend, stehen. Die Füße waren wieder warm. Die Gürtel- und Kreuzschmerzen waren verschwunden und die Potenz wiedergekehrt. Das Wasserlassen war ihm viel leichter geworden. Die Patellarreflexe waren aber nicht feststellbar. Der Patient arbeitete täglich 12 Stunden, und sein Zustand war nun, sechs Monate nach der Operation, noch unverändert gut (227).

Ein 39jähriger Kaufmann aus Siebenbürgen ließ sich von Langenbuch behandeln (Vorstellung am 11. 1. 1882). Außer einem Ulcus molle vor 20 Jahren hatte er keine Krankheiten gehabt. Vor zwei Jahren hatte sein Leiden mit gastrischen Störungen begonnen. Besonders beim Treppensteigen war er schnell ermüdet und hatte unbewußten Urinabfluß. Sein Zustand verschlechterte sich langsam, wobei stechende Schmerzen hinzukamen und sein Körpergewicht innerhalb von zwei Jahren um 25 Pfund sank. Er bemerkte eine Gefühlsabnahme in den Händen, besonders im Ulnarisgebiet. Jeden Morgen hatte er sehr starke Schmerzen. Zeitweise hatte er eine Incontinentia alvi. Am 5. 12. 1881 nahm Langenbuch bei ihm operativ eine Nervendehnung vor. Er suchte die Nn. Ischiadici in der Oberschenkelmitte auf und dehnte sie peripher und etwas stärker zentral in drei bis vier mäßig starken Traktionen. Die Scheide wurde dabei nicht eröffnet. Nach der Operation war das Befinden des Patienten gut. Die Ataxie war kaum noch nachweisbar und der Rumpfschmerz seltener geworden. In den Beinen war das Tastgefühl nach wie vor gemindert. Dafür war

aber das Muskelgefühl wesentlich gebessert. Beide Füße waren wieder warm, und im rechten Fuß hatte der Patient wieder Gefühl. Das Gehen war immer noch nur mit geöffneten Augen möglich. Auch in den Armen hatte sich das Muskelgefühl stark gebessert. Die Magenschmerzen waren völlig verschwunden, und der Appetit war gut. Die Sprache war schwer und rau, die rechte Pupille größer als die linke. Einige Zeit später konnte der Patient auch das Wasserlassen und den Stuhlgang wieder besser willkürlich kontrollieren. Die sonst häufigen Kehlkopfkrisen mit Glottiskrampf waren in den letzten fünf Wochen nur einmal beobachtet worden (228).

Noch vier weitere Fälle von Nervendehnung, die Langenbuch zeigte, folgen jetzt. Bei dem 38jährigen Pferdeisenbahnkontrollleur Bussas hatten die Beschwerden vor zehn Jahren mit Doppeltsehen begonnen (Vorstellung am 11. 1. 1882). Diese Erscheinung verschwand zwei Monate später. Im März 1880 traten dieselben Beschwerden erneut auf. Das rechte Bein war sehr schwach, und er hatte auf der rechten Seite stechende Schmerzen. Im rechten Ulnarisgebiet hatte er ein taubes Gefühl. Sein Gang wurde sehr unsicher, und alle Beschwerden hatten sich verstärkt. Seit 3 - 4 Monaten war er dienstuntauglich. Er hatte stark abgenommen. Vor 17 Jahren hatte der Patient eine fragliche Lues gehabt. Am 12. 7. 1881 wurden die Nn. ischiadici in der Oberschenkelmitte gedehnt. Während der Dehnung verringerte sich die Pulsfrequenz. Nach neun Tagen war die Wunde verheilt. In den sechs Monaten nach der Operation hatte sich das Körpergewicht wieder normalisiert. Das Tastgefühl im Bein hatte sich gebessert, und der Schmerz auf der rechten Seite war geringer geworden. Der Patient konnte nun wieder im Dunkeln und auch lange Strecken laufen. Seine Füße waren immer warm. Seine Potenz hatte sich auch normalisiert, und beim Wasserlassen traten keine Schwierigkeiten mehr auf. Er war jetzt wieder 10 - 19 Stunden im Dienst, ohne zu ermüden (229).

Bei dem 47jährigen Tischler Julius Schreiber war die Operation am 7. 10. 1881 erfolgt (Vorstellung am 11. 1. 1882).

Vor zehn Jahren hatte der Patient ein Ulkus und ein Exanthem gehabt. Im August 1879 hatte sein Leiden mit Magendrücken, Gürtelgefühl und Flimmern vor den Augen begonnen. Das Wasserlassen war ihm schwer geworden, und in den Beinen und im Ulnarisgebiet der Hände hatten sich die Gefühlsempfindungen verschlechtert. Stehen und Gehen im Dunkeln oder bei geschlossenen Augen war unmöglich. Beide Nn. ischiadici wurden in der Glutaealfalte gedehnt, nachdem ihre Nervenscheiden eröffnet worden waren. Während der Dehnung sank der Puls. Die Heilung erfolgte innerhalb von sieben Tagen. Nach der Operation hatten sich die Gefühlsempfindungen verbessert und der Gang war sicherer geworden. Auch das Wasserlassen konnte der Kranke wieder kontrollieren. Jedoch hatte er immer noch ein starkes Gürtelgefühl, und die rechte Pupille war weiter als die linke. Die Pupillenreaktion war auf beiden Seiten auffällig träge (230).

Der 35jährige Ökonom Thiele war am 13. 11. 1881 operiert worden (Vorstellung am 11. 1. 1882). Vor zwei Jahren hatte bei ihm die Krankheit begonnen. Er verspürte zuerst Druck in der Magengegend. Beim Gehen wurde er schnell müde, und er verspürte eine Gefühlsabnahme in den Beinen. Seine Potenz verringerte sich, und der Harn ging unwillkürlich ab. Außerdem hatte er Kreuzschmerzen und ein Gürtelgefühl. Daß er eine Lues gehabt habe, verneinte er. Die Nn. ischiadici wurden in der Glutaealfalte, nachdem man die Nervenscheiden eröffnet hatte, mittelstark gedehnt. Langenbuch hatte keine Nervenveränderungen feststellen können. Während der Dehnung verringerte sich die Pulsfrequenz. Drei Tage lang hatte der Patient nach der Operation eine Pulsarrhythmie. Die Wunde war nach neun Tagen verheilt. Seit vier Wochen hatte er kein Urinträufeln mehr. Drei Wochen nach der Operation waren positive Veränderungen in der Beinsensibilität und im Muskelgefühl eingetreten. Ebenso waren Pollutionen und Erektionen wiedergekehrt. Zwei Monate nach der Operation waren der Tast- und Raumsinn in den Beinen immer noch schlecht. Der Drucksinn hatte sich gebessert. Die Füße waren wieder warm,

und der Patient konnte wieder den Boden fühlen. Seine Muskelkraft hatte sich beträchtlich verstärkt. Er konnte das ausgestreckte Bein wieder hochhalten. Stehen und Gehen ohne Augenkontrolle waren aber immer noch unmöglich. Auch die Sehnenreflexe waren noch nicht wiedergekehrt (231).

Die 32jährige Frau Busse schließlich unterzog sich der Operation am 7. 3. 1881 (Vorstellung am 11. 1. 1882). Sie war fünf Jahre zuvor erkrankt. Anfangs hatte sie Schmerzen und dann Schwäche in den Beinen. An den Fußsohlen trat eine Gefühlsabnahme auf. Später kamen noch Magenbeschwerden hinzu. Außerdem bestanden Schmerzen in den Ulnarisgebieten der Hände. Ihr Vater soll ein ähnliches Leiden gehabt haben. Bei ihr wurde der linke N. ischiadicus in der Glutaealfalte gedehnt. Der Nerv war verdickt und gelblich. Nach etwa fünf Tagen konnte sie in den Beinen wieder Schmerzen empfinden und mit geschlossenen Augen stehen. Nach etwa zehn Monaten, zur Zeit der Vorstellung, waren die Schmerzen in den Armen und Beinen wesentlich geringer. Die Magenbeschwerden waren, abgesehen von Brennen in der Magengegend, seit neun Monaten verschwunden. Der Muskelsinn war noch schlecht. Die Patientin fühlte aber wieder den Boden, auf dem sie stand (232).

In der Sitzung am 18. 1. 1882 stellte Langenbuch "einen durch Nervendehnung geheilten Fall von spastischer Spinalparalyse (Seitenstrangsklerose) vor" ... (233).

Eine Hemiatrophia facialis bei einer 23jährigen Frau brachte Emanuel Mendel (1839 - 1907) am 30. 5. 1883 zur Vorstellung. Im siebenten Lebensjahr hatte bei ihr die Krankheit begonnen. Die Patientin war wegen Paranoia simplex chronica vor vier Wochen vorgestellt worden. Bei ihr war die linke Gesichtshälfte in der Entwicklung zurückgeblieben. Sie hatte eine tiefe Rinne, die die Stirn halbierte und eine, die quer über das Gesicht unterhalb und parallel mit dem Arcus zygomaticus verlief. Eine dritte

befand sich in der Mitte der Oberlippe. Die Lippen links waren schmaler, und die Nasenspitze war nach links vorgezogen. Bulbi und Lidspalten waren beide gleich. Auch bei den Sekretionen, der Hautfarbe und der Sensibilität gab es keine Seitenunterschiede. Dagegen war die linke Ohrmuschel und auch die linke Zungenseite kleiner. Ebenso alle Schädel- und Gesichtsknochen der linken Seite. Das Kopfhaar war auf dieser Seite auch dünner. Der Schädelumfang rechts betrug 275 mm und links 265 mm. Der Angulus mandibularis bis zur Kinnmitte war rechts 120 mm und links 105 mm lang. Die Gefäße waren auf beiden Seiten normal. Der ganze Körper war auf der linken Seite zurückgeblieben. Den Rumpf ließ jedoch die Patientin nicht untersuchen. Ihr Körper war nach rechts geneigt. Der Umfang der rechten Hand betrug 190 mm, der der linken 175 mm. Die Daumenlänge rechts war 75 mm und links 70 mm, die der Zeigefinger rechts 95 mm und links 90 mm. Beim kleinen Finger betrugen die Maße: rechts 80 mm und links 75 mm. Auch an den Füßen konnte ein Größenunterschied festgestellt werden. Ebenso waren die Muskeln am Unterarm und am Unterschenkel unterschiedlich stark entwickelt. Mendel glaubte, daß es sich bei diesem zentralen Leiden um eine Erkrankung trophischer Zentren handele. Von weiteren Hypothesen nahm er Abstand (234).

Dieselbe Krankheit hatte eine 27jährige Frau, die von Moritz Meyer am 17. 11. 1869 vorgeführt wurde. Die Frau war seit 13 Jahren verheiratet und Mutter von sechs Kindern. Ihre linke Gesichtshälfte war kleiner, und die linke Stirnseite hatte weniger Runzeln. Das linke Auge lag tiefer. Sämtliche Mundmuskeln und auch der M. temporalis auf der linken Seite waren atrophiert. Sie hatte einen gelben Fleck auf der Stirnmitte und einen weißen über dem Jochbogen, sowie ein kleines Büschel weißer Haare. Die Karotispulse waren gleich. Vor fünf Jahren hatte sie Brustkrämpfe und epileptische Anfälle mit anschließender Bewußtlosigkeit bekommen. Innerhalb von einigen Stunden hatte sie sich erholt. Die

Anfälle wiederholten sich in Abständen von fünf, vier und zwei Monaten. Kleine Anfälle traten noch öfter auf. Jeweils war die linke Körperhälfte "benommen". Seit drei Jahren hatte sie auch neuralgische Affektionen im Trigeminusbereich links beobachtet. Seit 1 1/4 Jahr fand eine Abmagerung der Gesichtshälfte statt. Hinzu kamen heftige, neuralgische Schmerzen unterschiedlicher Dauer. Bisweilen blieb sie davon einige Wochen lang verschont. Nach Meyer war in diesem Fall erstmalig ein gemeinsames Auftreten von Neuralgie, Epilepsie und progressiver Gesichtsatrophie festgestellt worden. Er glaubte an eine gemeinsame Quelle der Symptome. Der in letzter Zeit eingeführten Therapie der Sympatikusalvanisation räumte er geringe Erfolgchancen ein (235).

Am 6. 12. 1876 wurden von Ernst R e m a k zwei Kranke mit einer Lähmung des Plexus brachialis demonstriert. In beiden Fällen waren drei Nervenstämme des Plexus betroffen: der N. axillaris, der N. musculocutaneus und die Nerven der Supinatoren im N. radialis. Ähnliche Fälle waren schon früher beobachtet worden (236).

Ein 27-jähriger Mann war aus der zweiten Etage auf den Rücken gestürzt (Vorstellung am 27. 6. 1877). Dadurch war es zu einer atrophischen Lähmung des linken Oberarmes, zu einer Parese der okulopapillären Fasern des linken Halssympatikus und zu einer Parese des linken Beines gekommen. Außerdem hatte er eine gekreuzte Anästhesie des rechten Beines. Die Ursache hierfür sah E. Remak in einer umschriebenen, halbseitigen Blutung in der linken Hälfte der Zervikalschwellung des Rückenmarkes. Er fand es bemerkenswert, daß keine völlige Unterbrechung durch die Blutung eingetreten war. Er glaubte, daß eine Verschlimmerung erst später durch Narbenbildung im Rückenmark eintreten könne, da dann eine Degeneration möglich sei. Die Therapie bei derartigen Lähmungen bestand in einer zentralen, galvanischen Behandlung. Eine

sogenannte Sympatikusalvanisation wurde dabei oft durchgeführt. Zur Behandlung wurde ein Pol an den linken Halswirbel und der andere in die Grube zwischen Unterkieferast und Warzenfortsatz gelegt. Bei dieser Behandlung kam es zu einer sehr starken Schweißsekretion an der Hand (237).

Ein zehnjähriges Mädchen war seit dem 14. 10. 1880 bei E. Remak in Behandlung (Vorstellung am 2. 2. 1881). Es war im Januar 1880 bei dem Versuch, mit Stelzen zu laufen, gestürzt. Danach war es für kurze Zeit ohnmächtig gewesen. Etwa vier Wochen später traten rhythmische Krämpfe ein. Sobald man es auf die Füße stellte, fing es an, in die Höhe zu springen. Die Krämpfe gingen langsam zurück. Zu Pfingsten wurde es von Hensch in der Charité mit Arsenik behandelt. Die Beinzuckungen traten nicht mehr auf. Dafür bekam es aber Halskrämpfe. Dadurch wurde der Kopf 60 Mal pro Minute nach hinten geneigt. Diese Krämpfe vom Platysma und den beiden Mm. splenii wurden nur durch den Schlaf unterbrochen. Das Mädchen hatte auch atypische Zuckungen im Fazialisgebiet. Es wurde mit einer galvanischen Behandlung am Nacken mit dem positiven Pol bei einer schwachen Stromstärke begonnen. Nach 37 kurzen Sitzungen war eine wesentliche Besserung eingetreten. Die Frequenz der Halskrämpfe war von 40 pro Minute im Januar auf 28 pro Minute im Februar gesunken. E. Remak sah hierin eine unbekannte Krampfform. Er glaubte an eine emotionell bedingte, spastische Neurose (238).

Ein 33jähriger Arbeiter hatte seit vier Wochen eine eigenartige Empfindung in der linken Hälfte der Zungenspitze (etwa so, als ob sie verbrüht worden sei; Vorstellung am 23. 5. 1883). Er war nie syphilitisch gewesen und auch nicht hereditär belastet. Innerhalb von zwei Wochen breitete sich dieses pelzige Gefühl auf den ganzen linken Zungenrand, auf die Innenseite der linken Unterlippe und das linksseitige Unterkieferzahnfleisch aus. Er hatte dabei auch schmerzlose Zuckungen in der Zunge. E. Remak stellte eine leichte Mundfazialisparese fest. Die Zunge wurde etwa 50 Mal pro Minute

vorgestoßen. Beim Essen und auch beim Herausstrecken der Zunge verstärkten sich die Zuckungen. Infolge der Parästhesie biß sich der Patient mehrmals die Zunge blutig. Außer der Fazialisparese stellte E. Remak keine Anomalien fest. Die Sprache war kaum verändert. Die untere Hälfte der linken Gesichtsseite wurde einige Male anfallartig verkrampft. Dabei konnte der Patient weder reden noch essen. Die Dauer betrug etwa 1 1/2 Minuten. Diese Anfälle waren dadurch, daß der Patient zu essen begann, auszulösen. E. Remak hielt diese Erscheinungen für einen kortikalen Zungen-Fazialis-krampf. Die Anfälle sprachen für eine partielle, kortikale Epilepsie, wobei der Patient immer ein gewisses Ohnmachtsgefühl hatte. E. Remak war sich nicht darüber im klaren, ob es sich um eine funktionelle oder anatomische Erkrankung handelte. Daher hatte er sich auch für keine bestimmte Therapie, wie z. B. Galvanisierung oder Nervendehnung entschlossen (239).

Wegen einer CO-Vergiftung war eine 23jährige Frau am 5. 12. 1884 in das Krankenhaus am Friedrichshain eingeliefert worden (Vorstellung am 7. 1. 1885). Da sich die Patientin im Koma befunden hatte, gab man ihr Äther und Oleum camphoratum-Injektionen in beide Vorderarme. In die Mitte des linken Vorderarmrückens waren 4 - 5 Injektionen verabreicht worden. Es war danach kein Abszeß entstanden. Als sie erwachte, konnte sie die Finger in den Basalphalangen und den Daumen auf der linken Seite weder strecken noch abduzieren. Als sie vor acht Tagen zu E. Remak kam, stellte er eine partielle Lähmung des linken N. radialis (Ramus profundus) fest. Sowohl bei der N. radialis-Reizung wie auch bei der direkten Reizung fehlte in allen gelähmten Muskeln die faradische Erregbarkeit. Somit lag in diesem Fall eine sogenannte schwere Entartungsform vor. Sensibilitätsstörungen waren nicht aufgetreten. E. Remak glaubte, daß der Äther für die Lähmung verantwortlich sei. In den 30 Jahren, in denen "Hypodermatische" Injektionen gemacht worden waren, waren derartige Fälle einer Nervenverletzung äußerst selten vorgekommen (240).

Im Sitzungsprotokoll vom 3. 6. 1885 ist eine weitere von E. Remak durchgeführte Krankenvorstellung erwähnt. "Herr Remak stellt ein Kind mit abgelaufener Spina bifida vor und demonstriert die infolge derselben bestehenden Lähmungserscheinungen" (241).

Die folgenden 29 Vorstellungen wurden von Robert R. Remak, dem Vater von Ernst Remak, innerhalb der Jahre von 1860 bis 1865 beigetragen.

Vor sechs Monaten war einem früher körperlich kräftigen Schmied ein Eisen auf den Fuß gefallen (Vorstellung am 30. 10. 1860). Er hatte seitdem keine Schweißabsonderung mehr und hatte nach einigen Monaten begonnen, beim Gehen zu schwanken. Darauf wurden in der Charité bei R. Remak Schwefelbäder und russische Bäder gemacht. Der Patient lahmte besonders auf dem linken Bein. Im Stehen begann er, bei geschlossenen Augen zu schwanken. Ab und zu hatte er unwillkürlichen Abgang von Harn und Kot. Besonders rechts neben dem unteren Teil der Wirbelsäule war er druckempfindlich. An derselben Stelle und auch im Leib traten spontan Schmerzen auf. Seine Myelitis diffusa sollte nun mit konstantem Strom behandelt werden. R. Remak beabsichtigte eine Wiedervorstellung des Patienten (242).

Einen Patienten, der vor vier Jahren von einer hohen Leiter auf den Rücken gefallen war, hatte Holthoff an R. Remak überwiesen (Vorstellung am 7. 11. 1860). Vor neun Wochen hatte der Patient Lähmungserscheinungen und Schmerzen in Beinen, Rücken und Leib bekommen. Das Harnlassen war erschwert. Holthoffs Behandlung hatte nur anfänglich Erfolg gezeigt. Die 14tägige Behandlung mit konstantem Strom durch R. Remak wirkte sich günstig aus. Der Patient schwankte kaum noch im Stehen, wenn er die Augen geschlossen hatte und konnte das Bein bis in Stuhlhöhe heben. Der Strom war nur auf dem Rücken angewendet worden, am Bein war er ohne Nutzen gewesen (243).

Am 28. 11. 1860 zeigte R. Remak vier Patienten. Zwei Myelitis-
kranke, die auch eine Lähmung der Blase und des Mast-
darmes hatten, hatte er bereits schon früher vorgestellt.
Bei dem einen waren die Lähmungserscheinungen verschwunden,
und der Gang war sicherer geworden. Besonders mit dem rech-
ten Bein konnte er jetzt leichter auf einen Stuhl steigen.
Er hatte jedoch noch immer Schmerzen (244).

Auch bei dem Patienten, der von Holthoff gekommen war, war
der Gang sicherer geworden, und die Schmerzen hatten sich
verringert. Ihm war es aber nur möglich, auf eine niedrige
Bank zu steigen (245).

Der dritte Patient war ein prinziplicher Lakai. Als er vor
einem Jahr starkem Luftzug ausgesetzt gewesen war, hatte er
heftige Nackenschmerzen bekommen, und es hatte eine Atrophie
in den Händen eingesetzt. Trotz siebenwöchiger "Elektrizi-
tätsbehandlung" hatten sich die Erscheinungen nicht ge-
bessert. Ein Kuraufenthalt in Teplitz hatte zur Besserung
einiger Symptome geführt. Bei der Strombehandlung der linken
Hand besserte sich der Zustand der rechten. Der Patient
konnte wieder Gewichte heben. R. Remak hielt dies für eine
"therapeutische Wirkung auf reflektorischem Wege" (246).

Der letzte der vier Patienten war ihm an demselben Tage von
Riedel zugewiesen worden. Er hatte eine Atrophie des Beines.
R. Remak glaubte, daß die Atrophie infolge einer Neuritis
entstanden sei, obwohl er einen derartigen Fall am Bein
noch nie gesehen hatte. Der Patient hatte Schmerzen im Ver-
lauf des N. peroneus und N. ischiadicus (247).

Am 5. 12. 1860 stellte R. Remak einen Patienten mit einer
progressiven Muskelatrophie und einer Parese der unteren
Extremitäten vor (248).

Ebenfalls einen Fall von progressiver Muskelatrophie zeigte
er etwa zwei Jahre später am 19. 2. 1862. Die Krankheit
hatte vor fünf Jahren mit einer Atrophie des M. interos-
seus des linken Daumens begonnen. Der Patient war für ein $\frac{3}{4}$ Jahr
in der Behandlung von Moritz Meyer gewesen. Dann kam er

nach längerer Zeit zu R. Remak. Er war zwei Monate erfolglos behandelt worden. Die Hand- und Vorderarmmuskeln auf der linken Seite und der M. deltoideus links waren fast ganz abgemagert, der rechte M. deltoideus weniger. Die Schulterblätter waren infolge der Untätigkeit der Mm. serrati und pectorales zusammengezogen. Hier hatte die Behandlung mit dem intermittierenden und konstanten Strom nicht geholfen. Die einzige Erfolgsmöglichkeit sah R. Remak nur in einer zentralen Behandlung (249).

Am 16. 7. 1862 kam es zu einer Wiedervorstellung einer progressiven Armmuskelatrophie vom 22. 1. 1862. Die Atrophie hatte seit Juni 1861 bestanden und war vom November desselben Jahres an bis zum Februar 1862 mit konstantem Strom behandelt worden. Die Heilung erfolgte vollständig und hielt auch jetzt noch an. Durch die Stromapplikation am Plexus coeliacus war die wirksamste Steigerung der Leistungsfähigkeit des Armes erreicht worden (250).

Ein Knabe mit einer Lähmung nach Diphtherie wurde am 26. 11. 1862 gezeigt (251).

Der Patient, der am 17. 12. 1862 demonstriert wurde, war seit dem 2. Lebensjahr an beiden Beinen und am rechten Arm gelähmt. Er hatte eine Hemiplegia cruciata (252).

Am 9. 3. 1864 zeigte R. Remak ein Mädchen, das sehr häufig kurzfristige Blepharospasmusanfälle mit gleichzeitigem Bewusstseinsverlust hatte. Die Krämpfe traten im M. rectus superior und M. levator beider Augen auf. Außerdem hatte die Kranke noch ein- oder doppelseitige Krämpfe des M. sternocleidomastoideus und aller Muskeln, die den Arm heben. Ihr Gesicht wurde manchmal für kurze Zeit blaß. Es ließen sich keine Druckpunkte zur Unterdrückung der Krämpfe finden, da die Anfälle viel zu kurz waren. Das Mädchen war an der rechten Schläfengegend empfindlich und hatte einen schmerzhaften Punkt an der rechten Seite des Halses, etwa im Sympatikusverlauf. Es bestand eine empfindliche Anschwellung im Plexus brachialis beiderseits (253).

An demselben Tage kam außerdem noch ein junger Mann zur Vorstellung, der 17 Jahre alt war und seit zehn Jahren einen beiderseitigen Pektoraliskrampf hatte. Dabei warf er die

Arme ständig nach vorne. Noch zehn Tage zuvor betrug die Anzahl der starken Kontraktionen 70 pro Minute. Außerdem kam es ab und zu zu Krämpfen der Nackenmuskulatur, wobei er den Kopf nach hinten warf. Bisweilen hatte er auch Ilio-psoaskrämpfe, wobei im Liegen die Schenkel nach oben gezogen wurden. Seit dem 29. 2. 1864 war er sechsmal mit konstantem Strom behandelt worden. Die erste Sitzung blieb wirkungslos, da der falsche Punkt getroffen worden war. Am 1. 3. war der richtige Punkt in der Gegend des 5. Halswirbels gefunden worden und unmittelbar änderte sich der Rhythmus der Kontraktionen von zuvor 70 auf 36 pro Minute. Schließlich konnte er bis auf 16 gesenkt werden. Nachdem der Patient gearbeitet hatte, verschlechterte sich sein Zustand wieder. Er konnte jedoch durch Behandlung erneut gebessert werden. So bestand Hoffnung auf völlige Heilung. R. Remak glaubte, daß die Ursache in der Gegend des 5. Halswirbels gesucht werden müsse (254).

In die Sitzung am 23. 3. 1864 hatte er einen jungen Mann mitgebracht, der Krampfstöße der Mm. pectorales hatte. Vor drei Jahren hatte er für ein Jahr Gymnastikübungen gemacht, wodurch die Krämpfe vermindert wurden. Dann war er zwei Jahre lang als Schneiderlehrling tätig gewesen. Vor sechs Monaten verschlimmerte sich sein Zustand wieder, und die erneut aufgenommenen gymnastischen Übungen blieben erfolglos. Bis zum 19. 3. 1864 war insgesamt zehnmal, nicht nur am 5. Halswirbel, sondern auch an anderen Punkten bis hinunter zum 6. Rückenwirbel mit Strom behandelt worden. Nachdem er am 6. Rückenwirbel behandelt worden war, waren die Krämpfe kaum noch wahrnehmbar. R. Remak beendete daraufhin die Behandlung (255).

Eine Wiedervorstellung des jungen Mädchens vom 9. 3. 1864 mit Blepharospasmus und epileptischen Anfällen erfolgte am 23. 3. 1864. Inzwischen war es zehn- bis zwölfmal behandelt worden. Als man den Halssympathikus und auch später das Ganglion thoracicus superior mit Strom behandelte, wurden

ihre Anfälle stärker. Erst als man den 5. und 6. Rückenwirbel mit Strom behandelte, trat sofortige Besserung ein. Der Blepharospasmus war kaum noch zu beobachten, und auch die Anfälle waren sehr selten geworden. Dabei trat auch keine Bewußtlosigkeit mehr auf. Es wurde noch die Reihenfolge der Muskeln aufgeführt, in der die Krämpfe nachließen: Augenmuskeln, Muskeln des Augenlides, Sternokleidomastoideus, dann blieb die Besinnung erhalten und schließlich nahmen die Krämpfe der Schultermuskeln ab (256).

Die Frau, die am 11. 5. 1864 vorgestellt wurde, hatte schon seit Jahren Gedankenschwäche und "einen schweren Kopf" gehabt. Seit März 1864 war links am Zahnfleisch ein bitterer Geschmack aufgetreten, und sie hatte einen trockenen Mund bekommen. Es kam noch Schwerhörigkeit hinzu, an deren Stelle später Ohrensausen trat. Da Luesverdacht bestand, wurde sie im Krankenhaus entsprechend behandelt. Im März 1863 war eine linksseitige Gesichtslähmung aufgetreten. Im Laufe eines Jahres hatte sich die linke Gesichtshälfte verkleinert. Der Mund war nach links verzogen und kleine klonische Zuckungen, besonders am rechten Auge, waren festzustellen. Links hatte sie kein Gefühl für die Zuckungen, die Muskeln auf dieser Seite waren härter. Der Mund konnte links nicht geformt werden. Auffällig war ein Schmerz am N. supraorbitalis sinister. Der Schmerzpunkt lag am 2. Processus transversus cervicalis links. Übte man auf diesen Punkt einen Druck aus, traten ein Zuckungsstopp und ein Ruhegefühl ein (257).

Einen 69jährigen Mann demonstrierte R. Remak am 25. 5. 1864. Dieser Patient hatte im November 1863 eine Erkältung bekommen, begann danach, doppelt zu sehen, und seine Augenlider fielen ihm herab. Die unteren Augenlider waren stark geschwollen. Gesicht, Mund und Zunge waren schwer beweglich. Ebenso hatte er Schwierigkeiten beim Schleimabhusten. Als er am 24. 4. 1864 zu R. Remak kam, konnte er nicht mehr sehen, da seine Lider zu stark gesenkt waren. Die Augäpfel befanden sich in verschiedenen Stellungen. Die Gesichtsmuskeln

waren durch Strom unerregbar. Es waren die Gesichts-, die Augenmuskeln, N. hypoglossus und Atemnerven gelähmt. Schon nach Tagen trat eine Besserung ein, als mit konstantem Strom die sympathischen Halsnerven behandelt wurden. Nach 14 Tagen war der Patient außer Lebensgefahr. Er konnte wieder besser ein- und ausatmen und auch leichter aushusten. Nach vier Wochen waren die Augenstellung fast normal und die Augenlider wieder gut beweglich. Er konnte den Mund spitzen und die Zunge bewegen. Inzwischen wollte der Patient nach Hause, obwohl noch Restlähmungen bestanden. Da ein Rückfall leicht möglich war, wurde ihm Schonung empfohlen (258).

Am 13. 7. 1864 war ein 29jähriger Bäcker mit einer Tabes vorgeführt worden. Er war verheiratet und hatte Kinder. Nach eigenen Angaben hatte er nie Lues gehabt. Vor einem Jahr begannen die Beschwerden mit einer Störung der Beinsensibilität und Schmerzen, die bis auf den Knochen gingen und Zuckungen und Ameisenlaufen. Außerdem trat auch noch Gangunsicherheit ein. Im Herbst 1863 beobachtete der Kranke verstärkte Beinschwäche, durch die er arbeitsunfähig wurde. In zunehmendem Maße hatte er unter Beschwerden beim Wasserlassen und unter Gefühllosigkeit der unteren Körperhälfte zu leiden und konnte nur für einige Minuten unsicher stehen. Dabei hatte er Zittern und Unruhe in den Beinmuskeln. Die Bewegung des rechten Beines war besonders schwierig. Durch eine Iliopsoasschwäche war es ihm nur unzureichend möglich, die Beine zu heben. Es bestand ein stumpfes Gefühl in den Beinen, das von den Sohlen zum Becken hin abnahm. Der Blasen- und Mastdarmbereich waren gefühllos. Nach R. Remak war bei diesem Tabesfall eventuell eine graue Degeneration des Rückenmarkes eingetreten. Die Behandlung mit dem von Wunderlich empfohlenen Argentum nitricum war in diesem Falle wirkungslos geblieben. Die Behandlung mit konstantem Strom dagegen hatte Erfolg gezeigt (259).

Zur Wiedervorstellung eines Mannes mit Tabes dorsalis kam es am 27. 7. 1864. Er war inzwischen zehnmal mit Strom behandelt worden und konnte nun die Beine viel besser heben. Da aber die Iliopsoas-, Rücken- und Oberschenkelmuskeln noch teilweise ihren Dienst versagten, konnte er immer noch nicht auf einen Stuhl steigen. Die Blasenbeschwerden hatten sich gebessert. R. Remak hoffte, den Patienten in einigen Monaten heilen zu können (260).

Der Schiffseigentümer W. wurde an demselben Tage gezeigt. Er hatte nie Lues gehabt. Seit einem Jahr hatte er eine Beinschwäche und ein taubes Gefühl von der Sohle bis zum Knie. Sein Gang war unsicher. Er konnte nicht länger als 15 Sekunden mit geschlossenen Augen stehen, ohne hinzufallen. Außerdem hatte er eine Blasenschwäche und Gehbeschwerden. Die Potenz war vor einem Jahr erloschen. Infolge von R. Remaks Behandlung seit dem 9. 7. 1864 hatte sich sein Zustand schon soweit gebessert, daß er jetzt ohne Hilfe auf einen Stuhl steigen und auch längere Wege zurücklegen konnte (261).

Mit Beschwerden in den Beinen hatte auch die Tabes dorsalis bei einem 44jährigen Schmied vor drei Jahren begonnen (Vorstellung am 27. 7. 1864). Ein in den Hüften beginnendes und dem Verlauf der Nn. crurales folgendes "Recken in den Beinen" war das erste Anzeichen des Leidens gewesen. Später kam eine Taubheit in den Fußsohlen und eine große Gangunsicherheit hinzu. Seit einem Jahr war die Potenz erloschen. Die im Februar 1864 in der Charité vorgenommene Behandlung mit Argentinum nitricum blieb erfolglos. Durch die Behandlung seit dem 26. 6. 1864 hatte sich der Zustand des Patienten gebessert. Die Funktion des rechten Beines war inzwischen normal geworden, während die des linken noch nicht befriedigend war. Schon früher war das linke Bein stärker von der Krankheit betroffen gewesen. Der Patient konnte jetzt mit dem rechten und etwas schlechter mit dem linken Bein auf einen Stuhl steigen. Sein Gang war sicherer geworden. Doch

stürzte er immer noch, wenn er im Stehen die Augen geschlossen hielt. In derartigen Fällen stellte R. Remak eine günstige Prognose, sofern die Patienten eine gemäßigte Lebensweise hätten (262).

In derselben Sitzung war noch ein Fall von Tabes basalis zu sehen. Der Zimmermann Sch. hatte vor 20 Jahren eine Verletzung am linken Knie gehabt. Dabei war ein starker "Lymphausfluß" eingetreten. Später erkrankte er noch an Rheumatismus. Vor sieben Jahren setzten eine Taubheit in den Fußsohlen und Gangunsicherheit ein. Vor drei Jahren hatte er für kurze Zeit eine Ptosis am linken Auge gehabt. Die Gangunsicherheit war inzwischen so stark geworden, daß ein Weiterarbeiten nicht mehr möglich war. Vor einigen Monaten nun bekam er auch eine Ptosis auf dem rechten Auge sowie eine Lähmung beider Augenmuskeln. Er begann, doppelt zu sehen. Als am 8. 6. 1864 die Behandlung begonnen wurde, konnte der Patient ohne Stütze nicht stehen und hatte eine Ataxie. Daher schlotterten seine Beine. Durch die Behandlung mit konstantem Strom am dritten Processus transversus cervicalis konnten auf der rechten Seite die Ptosis und Augenmuskellähmung nach kurzer Zeit beseitigt werden. Der Patient sah nur noch doppelt, wenn er nach links schaute, da der linke M. Abducens noch insuffizient war. Er konnte inzwischen den Fuß auf den Stuhl setzen und hinaufsteigen. Allerdings bestand noch eine Gangunsicherheit. Hier hatten sich durch die Nackenbehandlungen sowohl die Augen als auch der Gang gebessert (263).

Darauf kam in dieser Sitzung noch ein vierter Fall von Tabes dorsalis zur Vorstellung. Der Patient litt seit sieben Jahren an dieser Krankheit. Vor einem Jahr war er in Behandlung gekommen. Damals konnte er nur auf den äußeren Fußrändern gehen und nur im Hackentritt (auch Hahnentritt genannt) laufen. Dabei drohte er jeden Moment umzustürzen. Er hatte Beinschmerzen und Blasenbeschwerden. Die elektrische Behandlung erfolgte mit Unterbrechungen und brachte

langsam eine Besserung. Die Leistung der Muskeln erhöhte sich. Mit geschlossenen Augen konnte der Patient nur für Sekunden stehen. Es bestand Hoffnung auf Heilung (264).

Weiterhin war an diesem Tage eine 25jährige Frau mit einer hysterischen Tabes (auch sympathische Tabes genannt) zu sehen. R. Remak erklärte, daß diese Art der Erkrankung nur bei Frauen vorkomme. Jedoch könne man bei Frauen auch eine echte Tabes finden. Diese junge Frau litt seit zehn Jahren an einer Beinunsicherheit, die sich besonders im Winter so sehr verstärkte, daß sie das Bett nicht mehr verlassen konnte. Im letzten Jahr blieben die Lähmungserscheinungen aber auch im Sommer bestehen. Eine zu dieser Zeit in der Charité beginnende Behandlung blieb erfolglos. Erst eine Behandlung den ganzen Winter hindurch beseitigte die Lähmungserscheinungen fast ganz. Ihr Gang war aber immer noch "genirt". Die linke Gesichtshälfte der Frau war schlaff und die rechte etwas kontrahiert. Früher war das rechte Auge krampfhaft geschlossen gewesen und die rechte Gesichtsseite verkrampft. Nach R. Remak war dies eine typische, sympathische, sekundäre Gesichtslähmung bei einer hysterischen Tabes. Es bestand ein starker Hang zum Weinen. Die Ursache des Leidens lag nach R. Remak in den Ovarien. Von dort stiegen die krankhaften Einflüsse über den N. sympaticus nach oben (265).

Der vorletzte Fall dieser Sitzung war ein 60jähriger Mann mit einer Tabes cervicalis. Er war seit einem Jahr krank. Er hatte infolge einer Doppellähmung des M. dilatator iridis kleine Pupillen. Seit einem Jahr war er impotent. Außerdem hatte er eine Ataxie. Unter Schmerzen litt er nicht. Infolge der vor zwei Tagen begonnenen Behandlung konnte der Patient schon mit geschlossenen Augen länger stehen und hatte eine geringere Gangunsicherheit. R. Remak fügte noch hinzu, daß die Tabes cervicalis von den anderen Tabesarten schwer abzugrenzen sei (266).

Schließlich wurde an diesem Tag noch der Schneider L. vorgestellt, der seit dem 19. 6. 1864 wegen einer Tabes dolorosa

behandelt worden war. Der Mann war anämisch und schwach und infolge einer ungenügend starken Rückenmuskulatur nach vorn über gebeugt. Er klagte über starke Beinschmerzen und fiel im Stehen um, wenn er die Augen schloß. Seine Augen hatten seit 20 Jahren eine glaukomatöse Trübung. Die Pupillen waren erweitert und starr. Nach einer fünfwöchigen Behandlung war eine Stärkung der Rückenmuskulatur beobachtet worden. Die Schmerzen in den Beinen waren beseitigt worden, und sein Gang war wesentlich sicherer. Er schwankte nur noch, wenn er mit geschlossenen Augen lief. Er konnte auch auf den Stuhl steigen (267).

Ein 22jähriger Dachdecker aus Potsdam war vor drei Jahren aus fünf Meter Höhe auf die Hüfte gefallen (Vorstellung am 8. 2. 1865). Er war für kurze Zeit bewußtlos gewesen. Seither hatte er Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit und eine schlechte Verdauung gehabt. Während einer Kaltwasserkur hatte er Extremitätenkrämpfe bekommen. Sie wurden besonders häufig während des Gehens ausgelöst. Anfangs hatte er alle drei bis vier Schritte einen Krampf gehabt. Dabei befand sich der rechte Arm in der Horizontalen, während der Vorderarm angewinkelt war. Das linke Bein blieb gleichzeitig durch einen Glutaeuskampf beim Anheben hängen, so daß die Fußspitze den Boden berührte und er so ins Stolpern kam. So krampften also gleichzeitig die linken Schultermuskeln und die rechten Glutäen. Eine zweite Krampfreihe lief von der rechten Schulter zum linken Bein. Diese konnte durch eine achttägige Behandlung mit konstantem Strom soweit gebessert werden, daß nur noch das Bein allein selten zu krampfen begann. Auch im Sitzen hatte der Patient Krämpfe. Am häufigsten waren dabei der linke Oberarm gehoben und Hand und Finger gestreckt. Dies konnte in einem Abstand von zehn Sekunden erfolgen. Der Patient hatte eine schwerfällige Sprache. Die Strombehandlung brachte eine Besserung. Die Magenbeschwerden verschwanden, und die Krämpfe hatten sich abgeschwächt. Rechte Hand und linkes Bein waren kaum noch von Krämpfen befallen. Sein Schritt war fester geworden,

und er stolperte bei den Krämpfen weniger. R. Remak sah die Krankheit als eine Folge von Erschütterungen an, durch die eventuell molekulare Veränderungen der Ganglienzellen verursacht worden waren (268).

In einem Vortrag am 3. 5. 1865 berichtete R. Remak über eine Frau, die einen rechtsseitigen Gesichtsmuskelkrampf hatte und schon einmal sieben Wochen zuvor vorgestellt worden war. Die Krampfanfälle bestanden seit drei Jahren und waren die kräftigsten, die man bis dahin je gesehen hatte. Es herrschte ein tonischer Krampf vor. Dadurch waren die Muskeln fast ständig kontrahiert. Nur selten, nach minutenlangem Krampf, traten klonische Zuckungen auf. Anschließend kam es dann gleich wieder zu einem tonischen Krampf. Erst nach längerer Zeit ließ sich ein Beruhigungspunkt links neben dem Processus spinalis des 5. Halswirbels finden. Wurde dort der positive Pol einer Kette von 20 elektrischen Elementen angelegt, kam es sofort zu einer Krampfberuhigung. Später fand R. Remak für den konstanten Strom die beste Einwirkungsstelle in der Höhe des Ganglion cervicale medium im Lauf der A. vertebralis dextra. Nach einer siebenwöchigen Behandlung waren die Krämpfe auf ein Minimum reduziert worden. R. Remak glaubte an eine alsbaldige Heilung. Die rechte Gesichtshälfte fiel durch ihre Schlaffheit auf. Dies war ein normaler Zustand nach einer derartigen Krankheit (269).

Am 5. 5. 1865 wurde von R. Remak eine Frau wiedervorgeführt, die einen Trismus und eine Herzneurose hatte. Der Trismus war früher vollständig gewesen. Die Herzneurose zeichnete sich durch eine hohe Herzfrequenz und Pulsunregelmäßigkeit aus. Die Pulsfrequenz lag jetzt bei 72 pro Minute. Der Mund war leicht geöffnet. Die Ursache des Leidens war inzwischen sichtbar geworden. Die Wurzeln des 4. Weisheitszahnes reizten den N. alveolaris, durch den der Trismus ausgelöst wurde. Anfangs hatte die Patientin nur Schmerzen am dritten und vierten Backenzahn gehabt (270).

Georg Anton S a l o m o n führte am 8. 5. 1878 einen 21jährigen Tischlergesellen mit multiplen Neuromen vor. Er hatte eine Empfindlichkeit im Bereich der Wirbelsäule vom 4. bis zum 6. Brustwirbel. Seine Beine waren schwach. Viele linsen- bis erbsengroße Tumoren fanden sich, teils rosenkranzförmig, meistens symmetrisch am Hals, der Okzipitalgegend, an der Rumpfvorderseite und an den Ober- und Unterschenkeln. An den Armen gab es auch eine Verdickung der Nervenstämme. So war der N. ulnaris federkiel dick angeschwollen. Es entstanden laufend neue derartige Veränderungen. Der Patient war gedächtnisschwach und dement (271).

Der Offizier eines Lloyd dampfers war im November 1880 nach dem Anprall an eine Kiste 30 Fuß tief gestürzt und dabei für einige Zeit bewußtlos gewesen (Vorstellung am 16. 1. 1884). Links hatte er sich einige Rippen gebrochen und das linke Bein luxiert. Die Einrenkung erfolgte nach 48 Stunden. Darauf war das Bein fast völlig gelähmt gewesen. Als er nach einigen Monaten nach Bremen zurückgekommen war, wurde er im Krankenhaus mit Massagen und Elektrisierung fünf Monate lang ohne großen Erfolg behandelt. Kuren in Teplitz und in Gräfenberg (Schlesien) hatten auch keinen Erfolg. 1881 kam der Patient zu S o n n e n b u r g nach Berlin. Das linke Bein war besonders distal "stark gelähmt". Der Fuß befand sich in Equinovarusstellung. Beim Gehen wurde das Bein nach vorne geschleudert, eine elektrische Erregbarkeit war besonders am Unterschenkel fast kaum festzustellen. Die Sensibilität am Fuß war gleich Null und bis zum Knie hinauf herabgesetzt. Die Muskeln waren atrophisch. Im August 1881 legte Sonnenburg den N. ischiadicus in der Oberschen-

kelmitte frei und dehnte ihn. Später wurde ebenfalls der N. peroneus am hinteren Umfange des Fibularköpfchens gedehnt. Die Nerven sahen normal aus, und die Heilung erfolgte schnell. Als der Patient nach vier Wochen entlassen wurde, war die Sensibilität wieder zurückgekehrt. Fußbewegungen wurden langsam wieder möglich. Der Patient setzte das Elektrisieren, die Bäder und die Massagen auch auf dem Schiff fort. Nun waren die Muskeln am linken Bein wieder normal entwickelt, und er konnte alle Bewegungen mit Knie und Fuß ausführen. Es bestand keinerlei Unterschied mehr zum rechten Bein. Sonnenburg führte den Erfolg der Behandlung hauptsächlich auf die Nervendehnung zurück (272).

Rudolf Virchow demonstrierte am 25. 7. 1877 ein siebenjähriges Mädchen der "Familie Becker" aus der Offenbacher Gegend. Sie litt an Mikrozephalie. In ihrer Familie war die Krankheit schon öfter aufgetreten. Das erste Kind war ein Mädchen gewesen. Es verstarb achtjährig infolge dieser Krankheit. Das zweite Kind, auch ein Mädchen, war normal entwickelt und jetzt 11 Jahre alt. Auch ein neunjähriger Junge war normal entwickelt. Die Siebenjährige wurde ihrer Krankheit wegen hier vorgestellt. Ihr vierjähriger Bruder war auch krank, während das sechste der Kinder ein Jahr alt war und eine normale Entwicklung zeigte. Ein siebentes Kind war krank geboren worden und hatte nur wenige Tage gelebt. Der Schädel des Mädchens war nach hinten und unten breit ausladend, während die Stirn niedrig und fliehend war. Die Augenbrauenwülste traten hervor. Das Hinterhaupt schien zu fehlen, es war aber in die Breite gewachsen. Der Kopf hatte Schimpansenähnlichkeit, das Ohr war aber menschlich. Virchow erklärte, daß diese Krankheitsform leicht mit dem Kretinismus verwechselt werden könne. Hier aber sei die Nase im Gegensatz zum Kretin hervorstehend. Ebenso ragte auch der Kiefer hervor. Eine Theromorphie lag nicht vor, da, wie auch bei der verstorbenen Schwester, sich herausgestellt hatte, daß das Hirn mit dem eines Affen nicht

zu vergleichen war. Das Kind war nicht fortpflanzungsfähig und es fehlten die den Affen eigenen Instinkte. Das Mädchen war völlig hilflos und pflegebedürftig. Es konnte nur "Mama" sagen. Was es sonst sagte, war völlig unverständlich (273).

Einzelheiten über eine Vorstellung einer ungarischen Mikrozephalen durch Virchow am 9. 1. 1878 waren nicht auffindbar (274).

Zwei Fälle einer neurotischen, halbseitigen Gesichtsatrophie zeigte Virchow am 9. 6. 1880. Bei der 41jährigen Louise Kuhlike war die linke Seite des Gesichts und der gesamte Bereich des N. radialis einschließlich der Rückenäste betroffen. Die Krankheit hatte im Alter von 25 Jahren eingesetzt. Kurz zuvor war sie auf den Hinterkopf gefallen. In den erkrankten Gebieten war kein Fettgewebe vorhanden, die Haut war verdünnt und gelblich. Die Hautgefäße waren plastisch zu sehen, die Muskeln waren stark zurückgebildet. Im Auge und am Arm verspürte die Patientin Schmerzen. Die Knochen waren kaum verändert, da das Leiden erst nach Abschluß des Wachstums aufgetreten war. Anfangs hatte die Patientin Erysipelsymptome gehabt. Rund um das linke Auge hatte eine Schwellung bestanden, und außerdem hatte sie abwechselnd Kälte- und Hitzeempfindungen gehabt und war abgeschlagen und müde gewesen. Virchow glaubte, daß die Affektion auf die Basis cerebri und die Wirbelsäule zurückgehe. Eine zentrale Störung hielt er für wahrscheinlich. Den ungleichen Befall der einzelnen Nervenfasern konnte er nicht erklären (275).

Bei dem 42jährigen Schwahn hatte die linksseitige Gesichtsatrophie bereits im neunten Lebensjahr begonnen. Anfangs hatte nur eine starke Schwellung an Hals und Unterkieferwinkeln bestanden. Seit 1859 waren keine wesentlichen Änderungen eingetreten. Die linke Gesichtsseite war in ihrer Entwicklung und Ernährung gestört, die Sensibilität erhalten geblieben, ebenso die Gefäße, die teilweise erhaben waren. Die Muskelfunktionen waren nicht aufgehoben, aber

geschwächt. Wie in vielen derartigen Fällen fand sich auch hier die Atrophie im Bereich der drei Trigeminusäste. Zwei große, narbige Furchen verliefen bis in die Haare, wo sie als kleine Streifen erkennbar waren. Das Auge lag tief in der Orbita, da das Fett fehlte. Mehrere atrophische, unbehaarte Stellen fanden sich im Bereich zwischen Jochbogen und Schläfengegend. Eine tiefe Einziehung in der Fossa canina und an der Oberlippe gaben dem Patienten ein seniles Aussehen. Der linke Unterkiefer war stark verkleinert, ebenso auch die Weichteile. Die linke Zungenhälfte war um $\frac{2}{5}$ verkürzt. Auch die hinteren Gaumenteile waren verändert. In diesem Falle waren auch die Knochen in der Entwicklung zurückgeblieben, da die Krankheit schon in der Kindheit eingesetzt hatte (276).

Bevor Virchow auf das bereits vor sieben Jahren vorgestellte mikrozephalie Mädchen Emilie Becker einging, äußerte er sich über die Symptome der Nannocephalie und Mikrocephalie (Vorstellung am 9. 7. 1884). Nannocephale Eingeborenenstämme waren auf Ceylon (Weddah) und in Neubritannien gefunden worden. Der Hirninhalt dieser Menschen mit zwergenhaften Köpfen betrug 790 ccm und "nähert sich in bedenklicher Weise den Größenverhältnissen ausgewachsener Gorillas". Bei Mikrocephalie bestand dagegen ein Mißverhältnis zwischen Gesichts- und Schädelknochen. Der Körper der inzwischen 14 Jahre alten Patientin war erheblich gewachsen, blieb aber unter der dem Alter entsprechenden Größe. Der Kopf hatte sich nur um einige Millimeter vergrößert. Irgendetwas Affenartiges war bei ihr nicht sichtbar. Psychisch hatte sie sich entwickelt, war manierlicher und aufmerksamer geworden und konnte sich besser verständlich machen, sprach jedoch nichts. Ihre Leistungen entsprachen denen eines Kindes in den ersten Lebensjahren. Ein Herd, der für die Störungen im Hirn verantwortlich war, ließ sich nicht finden. Virchow vermutete ihn in der Hirnbasis. Die größte Wachstums hemmung lag im Mittelkopf, während die untere Hinterhauptsbreite auffällig weniger im Wachstum gehemmt war. Die Extremitäten der Patientin waren

normal. Sie hatte unregelmäßige, sehr schwache Menstruationen und war steril, wie alle bisher beobachteten erwachsenen Mikrozephalen. Der Gedanke von Vogt, daß die Mikrozephalen die Vorfahren der heutigen Menschen seien, war nach Virchows Ansicht daher unglaublich, da sie ja steril waren (277).

Der 41jährige Glaser, den Karl W e r n i c k e (1848 - 1905) am 18. 5. 1871 zeigte, hatte scheinbar nur die Spur einer linksseitigen Hemiparese. Er ließ auf dieser Seite die Schulter hängen, sein Händedruck war schwächer und die Handbewegungen waren langsamer. Eine leichte Fazialislähmung war ebenfalls vorhanden. Außerdem bestanden Sensibilitätsstörungen. In der linken Hand hatte er nur noch die grobe Kraft. Es war kein Muskelgefühl vorhanden, so daß passive Bewegungen nicht wahrgenommen werden konnten. Am linken Arm konnten nur gröbere Empfindungen wahrgenommen werden. Sie wurden falsch lokalisiert. Dieselben Erscheinungen gab es am linken Bein und teilweise in der linken Gesichtshälfte. Augen, Ohren, Zunge und Sprache des Patienten waren normal. Seit 12 Wochen war der Patient krank. Mit Paraesthesien in der linken Hand, die 14 Tage lang dauerten, hatte es begonnen, dann wurde auch das linke Bein davon betroffen. Bis auf ein geringes Schwäche- und Krankheitsgefühl fühlte sich der Patient wohl. Wernicke glaubte, daß ein Teil der Hirnrinde oder des angrenzenden Marklagers zerstört worden sei. Da der Prozeß progressiv war, kamen als Krankheitsursache nur ein Hirntumor oder Hirnabszeß oder eine Hirnerweichung in Frage. Infolge des Fehlens von Allgemeinerscheinungen kam am ehesten eine chronische Erweichung in Betracht (278).

Karl Friedrich Otto W e s t p h a l (1833 - 1890) hatte bei einer Patientin nach einer Pockenerkrankung "Nervenaffectationen" beobachtet (Vorstellung am 15. 11. 1871). Bereits 1857 war Westphal ein ähnlicher Fall begegnet. Während der Pockenerkrankung hatte die Kranke "Hirnzufälle", wie

Koma und Delirien. Als sie wieder zur Besinnung kam, konnte sie nur noch sehr langsam und monoton sprechen, was ihr zudem noch schwer fiel. Sie führte seitliche Zitterbewegungen mit dem Kopf aus, die man aber durch Stützung des Kopfes unterbrechen konnte. Die Arme waren hochgradig ataktisch, ohne eigentlich gelähmt zu sein. Die Patientin konnte weder schreiben, noch einen Knopf öffnen. Die Finger ließen sich einzeln nur ungeschickt bewegen. Eine Ataxie bestand auch in den Beinen, so daß die Patientin anfangs wie eine Tabes- kranke ging, die Beine vorschleuderte und die Füße dann nachtippend aufsetzte. Die Kranke konnte jedoch mit geschlossenen Augen stehen und ihre Blasen- und Rektumfunktionen waren normal. Die Beschwerden bestanden seit vier Monaten und hatten sich bisher nur wenig gebessert. Da Westphal auch ähnliche Fälle nach einer Typhuserkrankung gesehen hatte, glaubte er, daß eine fieberhafte Erkrankung allein als Krankheitsursache in Betracht käme (278).

Am 31. 1. 1883 wurden zwei Männer mit Myotonia congenita (Thomsen'sche Krankheit) gezeigt. Zuvor schilderte Westphal die Symptome der Krankheit. Die Patienten seien unter gewissen Umständen durch tonische Muskelkontraktionen zeitweilig behindert, etwa nach langem Sitzen in den Beinen, nach einer kräftigen Armbewegung oder nach komplizierten, unbequemen Bewegungen. Schon der Gedanke an derartige Bewegungen könne Krämpfe auslösen. In der Kälte träten solche Zustände gehäuft auf. Im Krampfzustand ließen sich meist die Glieder passiv bewegen. Alle Rumpf- und Extremitätenmuskeln könnten betroffen sein, ebenso zerebral gesteuerte Muskeln, wie die Augen- oder die Gesichtsmuskeln. Die Krankheit könnte schon im Kindesalter auftreten. Die Muskeln wären auffällig stark entwickelt, jedoch nicht entsprechend kräftig, die Sehnenreflexe und die Sensibilität normal. Der Arzt Thomsen, der die Krankheit bei sich und auch bei seinen Familienmitgliedern festgestellt hatte, zählte die Krankheit zu einem Grenzgebiet der "Psychosen". Westphal hielt die Krankheit für eine angeborene Muskeltonusanomalie verbunden mit einem ungewöhn-

lich großen Muskelvolumen. Jede bisher angewendete Therapie war auf die Dauer erfolglos geblieben. Russische Bäder halfen nur kurzfristig.

Der 21jährige Ernst Schöff, ein Neffe des Arztes Thomsen, war seit seiner Kindheit von dieser Krankheit befallen. Seine Mutter war gesund, aber in ihrer Familie waren einige derartige Krankheitsfälle aufgetreten (279).

Auch der 20jährige Kaufmann Hoppe war von Kindheit an schon durch die Krankheit behindert worden. Seine Schwester hatte dasselbe Leiden in geringerem Grade. Seit der Veröffentlichung von Thomsen waren sechs weitere analoge Fälle in der Literatur mitgeteilt worden (280).

Einen 12jährigen Jungen mit einer Spondylarthrozäe cervicalis brachte Julius W o l f f am 11. 12. 1872 zur Vorstellung. Vor vier Wochen hatte die Krankheit mit einer Lähmung des rechten Armes begonnen. Sie war zweifellos spondylitisabhängig gewesen. Inzwischen war eine vollständige Parese aller Extremitäten eingetreten (281).

Am 17. 1. 1883 demonstrierte Z e l l e r einen Patienten mit einer Hemiatrophia facialis dextra. Der 23jährige Karl Grulich aus Jatzingen aus dem Kreis Köslin war bisher immer gesund gewesen. Nur vor zehn Jahren hatte er für eine kurze Zeit Krämpfe am ganzen Körper gehabt. Bis zum 19. Lebensjahr blieb seit dieser Zeit die rechte Gesichtshälfte im Wachstum zurück, war mager und alle Gesichtsknochen auf dieser Seite waren atrophiert. Dadurch stand die Nase schief nach rechts. Da das Fett der Orbita recht gut erhalten war, war das rechte Auge nicht so tief eingesunken. Eine breite, narbenähnliche Furche, die der Rinne im Knochen darunter entsprach, ging über die Stirnmitte von der Haargrenze zur Nasenwurzel. Während die Zähne gleichmäßig entwickelt waren, war die rechte Gaumenhälfte schmaler. Die

Zunge war auch rechts dünner und kürzer. Der Bart war links stärker entwickelt, während Tränen-, Speichel und Schweißsekretion auf beiden Seiten gleichmäßig waren. Auch an den Ohren ließ sich keine Seitendifferenz feststellen. Die Ursache der Erkrankung war unklar, da man zuvor keine Rachenschleimhautentzündung oder eine Entzündung der äußeren Haut beobachtet hatte, wie sonst in vergleichbaren Fällen. Es war wieder ein Gebiet befallen, das der Trigeminus versorgt (282).

VIII. HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Unter den Fällen, die zum Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten gehören, nehmen die syphilitischen Erkrankungen und ihre Therapie einen breiten Raum ein.

Im Protokoll der Sitzung vom 9. 7. 1884 ist ein Fall von A. B a g i n s k y erwähnt: "Vorstellung des von ihm erwähnten Kindes mit hereditär syphilitischer Gelenkentzündung" (283).

Gustav B e h r e n d (1847 - 1925) stellte in der Sitzung am 23. 3. 1881 einen Patienten mit Roseola furfuracea herpetiformes vor (Pityriasis rubra; 284).

Behrend demonstrierte am 23. 3. 1881 bei einer 22jährigen Frau eine Krankheit, die weder in der Zeitschriftenliteratur, noch in Lehrbüchern beschrieben war. Gibert bezeichnete die Krankheit als Pityriasis rosea und Basin nannte sie Pityriasis maculata et circinata. Drei Wochen zuvor hatte die Patientin unter der rechten Klavikula einen stark juckenden, roten Fleck bemerkt, der nach zwei Tagen im Zentrum abblähte. Acht Tage später war er verschwunden und eine braun pigmentierte Stelle übriggeblieben. Bald waren auf dem ganzen Körper viele derartige Flecken entstanden. Am 9. 3. 1881 hatte sie dann linsen- bis bohngroße, rosarote, über dem Hautniveau liegende, mit grauen Hautschuppen versehene Hautveränderungen. Besonders zahlreich traten diese am Hals, auf der Rückseite der Oberschenkel und am Schultergürtel auf. Gesicht, Hände und Füße und die behaarte Kopfhaut waren verschont geblieben. Eine zweimal täglich durchgeführte Pinselung mit glyzerinhaltiger, alkoholischer Sublimatlösung (0,5 g Sublimat sowie je 10 g Spiritus und Glyzerin) brachte sichtbare Besserung. Während am 16. 3. 1881 ein großer Teil

der mit Sublimatlösung behandelten Stellen verschwunden bzw. abgeblaßt war, waren die unbehandelt gebliebenen Flecken etwas schwächer geworden und hatten sich teilweise vergrößert. In den letzten acht Tagen waren die behandelten Flecken gänzlich verschwunden, während die anderen blaßgelb geworden waren (285).

Ein 11 Monate altes Kind war bei Behrend in Behandlung gewesen (Vorstellung am 1. 6. 1881). Es hatte früher häufig an Zellgewebsentzündungen gelitten. Sein Abdomen war aufgetrieben, und die Inguinaldrüsen waren auf beiden Seiten angeschwollen. Der Krankheitsbeginn war unbekannt. Am Rücken und an den Oberschenkeln in der Trochantergegend fanden sich unregelmäßig angeordnete, in Gruppen stehende, braunrote Knötchen, die Stecknadelkopf- bis Hanfkorngröße erreichten und an der Spitze mit Schüppchen bedeckt waren. Die schlaffen Knötchen ließen sich wegdrücken. Das Allgemeinbefinden war nicht beeinträchtigt. Der Wiener Dermatologe Hebra nannte die Krankheit Lichen scrofulosorum. In Wien trat die Krankheit häufig auf, während sie in Berlin selten beobachtet wurde. In den USA, Großbritannien und Frankreich schien sie gänzlich unbekannt zu sein (286).

Ein damals 11 Wochen altes Kind mit einer hereditären Knochensyphilis war am 23. 6. 1880 zu Behrend in Behandlung gekommen (Vorstellung am 1. 6. 1881). Das Kind hatte damals ein papulöses Syphilid am ganzen Körper und einen gelähmten rechten Arm gehabt. Die untere Epiphyse des Humerus war abgetrennt. Das stark abgemagerte Kind konnte durch Sublimatbäder geheilt werden. Sein Körpergewicht stieg bis zum 1. 11. auf 9 Pfund und bis zum 13. 1. 1881 auf 11 1/2 Pfund. Am 20. 1. 1881 trat ohne Anlaß eine schmerzhaftige Schwellung in der Mitte des linken Oberarmes und des linken Oberschenkels auf. Es handelte sich um Knochenfrakturen, die auf Syphilis zurückgeführt wurden. Da innere Arzneien nicht vertragen wurden, wurden nur Sublimatbäder angewendet. Als eine winkelige Verbiegung des Oberarmes eintrat, legte Julius Wolff an Arm und Bein Wasserglasverbände an. Sie bewährten

sich beim Baden sehr gut. Als sie Ende März abgenommen wurden, war die Heilung vollzogen. Derartige Spontanfrakturen in der Diaphyse der Röhrenknochen infolge von Syphilis waren in der Literatur bisher nur zweimal erwähnt worden: Hutchinson hatte eine Humerusfraktur beschrieben und Volckmann eine Radiusfraktur. Wahrscheinlich war die Fraktur infolge einer gummösen Osteomyelitis aufgetreten (287).

Einen Mann mit einer Sykosis war von Behrend nach der üblichen Methode mehrere Monate lang behandelt worden (Vorstellung am 1. 6. 1881). Die befallenen Stellen waren täglich rasiert, epiliert und mit Salbenverbänden versorgt worden. Während der Behandlung traten jedoch neue Eruptionen von Pusteln auf, die sich auch an neu gewachsenen Haaren bildeten. Nach einer Behandlung mit dem scharfen Löffel (Behandlungsmethode von Auspitz) besserte sich der Zustand innerhalb von vier Wochen (288).

An Herpes tonsurans war eine Familie erkrankt (Vorstellung am 2. 11. 1881). Bei dem Vater war die Krankheit vor vier Monaten am Bart aufgetreten. Möglicherweise hatte die Infektion beim Rasieren stattgefunden. Später war die Krankheit auf Frau und Kinder übertragen worden. Die epilierten Barthaare des Mannes waren völlig von Pilzen durchwachsen. Behrend wies auf den Unterschied zur Pityriasis maculata und circinata hin. Nur die letztere Erkrankungsform sei pilzbedingt. Bei beiden Krankheiten seien die Haare nie betroffen und es sei auch noch nie eine Übertragung auf Personen beobachtet worden, die mit dem Erkrankten eng zusammenlebten (289).

Im Protokoll vom 29. 3. 1882 war vermerkt: "Ebenfalls vor der Tagesordnung demonstriert Herr G. Behrend ein Kind mit vulgärer Psoriasis plantaris und palmaris" (290).

Eine Urticaria factitia bei einer 52jährigen Frau stellte Behrend am 11. 4. 1882 vor. Fuhr man mit einem stumpfen

Gegenstand mit sanftem Druck über die Haut, bildete sich sofort ein roter Strich, der nach etwa einer Minute körnige Erhabenheiten zeigte und später gänzlich erhaben wurde. Dabei entstand ein leichter Juckreiz. Zeichen einer Hysterie fanden sich nicht. Nach der Ansicht von William Gull (1860) handelte es sich um eine Kontraktion der glatten Hautmuskeln, die sich durch Äther, Chloroform oder einfaches Anspannen der Haut beseitigen lasse. Behrend war dies bisher noch nie gelungen. Er hielt diese Erscheinung daher für ein akutes Ödem. Durch das Laufen röteten sich und schwellen die Fußsohlen der Patientin an, sie klagte dann auch über starken Juckreiz. Bisweilen schwoll auch das Gesicht an. Wenn sie sich zu Bett legte, bildeten sich die Erscheinungen zurück. Behrend fügte noch hinzu, daß man in den letzten Jahren die Erkrankung für eine "Neurose" hielt (291).

In der Sitzung am 18. 3. 1885 zeigte Behrend einen Fall von *Urticaria pigmentosa* (292).

K ö b n e r hatte einen 39jährigen Tischler mit Lichen ruber exsudativans erfolgreich behandelt (Vorstellung am 13. 10. 1880). Im Mai 1879 hatte der Patient rote, juckende Stellen am rechten Schienbein bekommen. Fünf Monate später traten sie auch am linken auf. Ende Februar 1880 zeigten sich die Erscheinungen auch auf dem oberen Rücken und breiteten sich über den ganzen Körper aus. Die Beschwerden hatten den Kranken schlaflos gemacht und zehrten an seinen Kräften. Vom 30. 3. bis 25. 5. 1880 hatte er 11 g Solutio Fowleri eingenommen. Die Untersuchung zeigte vom Nacken bis zum Oberschenkel das Vorliegen von dunkelroten, meist konischen Knötchen, die mit Schuppen bedeckt waren. Sie waren auch auf Brust, Bauch, Armen und am Penis zu finden. Bei dem schlechten Zustand des Patienten wollte Köbner nicht so hohe Arsenikdosen oral geben und verabreichte ihm daher Arsenik subkutan. Dieses Mittel war seit 1869 bisweilen

bei Psoriasis erfolgreich angewendet worden. Vom 25. 5. bis 30. 5. 1880 bekam der Patient fünf Injektionen mit Liquor Kali arsenii, insgesamt 1,28 g. Unmittelbar nach den ersten Spritzen verspürte der Patient seit Monaten erstmals wieder keinen Juckreiz mehr. Als man die Behandlung mit Solutio Fowleri fortsetzte, traten, nachdem innerhalb einiger Wochen etwa 0,17 g reiner arseniger Säure zugeführt worden waren, Magenbeschwerden auf. Das Jucken wurde wieder unerträglich und der Schlaf schlecht, Schwefelbäder und kalte Wickel halfen nicht. Der Patient kam wieder nach Berlin, und es wurden ihm erneut Injektionen verabreicht. Schon nach drei Tagen verschwand das Jucken wieder. Nach acht Injektionen, etwa Mitte Juli, waren alle Knoten blaß und eingefallen. Es bestanden nur noch braune Flecken. Zum Zeitpunkt der Vorstellung sah man lediglich noch etwa zehn flache Knötchen am Rücken und am Unterbauch. Somit befand sich das noch vor wenigen Jahren als letal geltende Leiden in der Ausheilung (293).

Eine Woche später zeigte Köbner eine Frau mit Lichen ruber oder nach Wilson: Lichen planus (294).

Ein sonst gesunder 61jähriger Mann hatte im Juni 1882 erstmals fünfzigpfennig- bis markstückgroße, rote Flecken bekommen (Vorstellung am 7. 3. 1883). Vor einigen Wochen waren derartige Flecken am ganzen Körper aufgetreten. Sie juckten und waren später mit Schuppen bedeckt und teilweise auch mit von Serum angebackenen Krusten. Die meisten der Flecken blieben flach, andere jedoch, wie z. B. am Thorax und an den Schläfen, wurden 1 1/2 bis 2 cm dick, dunkelrot und nahmen eine feigenförmige Form an. Bei seitlichem Druck waren sie hart, bei Druck von oben elastisch und ödematös. Häufig juckten sie. Eine dieser Hautveränderungen reichte etwa 1,5 cm in das Unterhautgewebe hinein. Nicht selten hatte sich dieses Leiden über den ganzen Körper ausgebreitet und tödlich geendet. Vier Wochen vor der Vorstellung war eine Arsenbehandlung begonnen worden. Die Hautveränderungen waren

welker und schlaffer geworden, und der Juckreiz war nicht mehr vorhanden. Nach Alibert wurden diese beerschwammähnlichen, multiplen Papillargeschwülste der Haut als Mycosis fungoides (Beerschwamm) bezeichnet, neuerdings hatte de Amicis die Bezeichnung Lymphadenitis cutis fungoides eingeführt (295).

Im Protokoll vom 23. 1. 1884 war ebenfalls ein Fall von Köbner festgehalten worden: "Vorstellung einer Kranken mit einer selteneren Form von Sclerodermie nebst microscopischen Präparaten" (296).

Einen weiteren Fall von Lichen ruber planus der äußeren Haut und der Mundschleimhaut zeigte Köbner am 25. 6. 1884. Die 60jährige Patientin war vor drei Jahren infiziert worden. Ein lokalisiertes Ulkus der äußeren Genitalien ohne sekundäre, syphilitische Symptome ließen den Syphilisverdacht fraglich erscheinen. Mitte April 1884 hatten sich juckende, brennende Knötchen an den Händen gebildet, die sich später auch bis auf die Unterarme ausbreiteten. Außerdem hatte die Patientin eine belegte Zunge bekommen. Eine Behandlung mit 15 g Jodkali brachte keine Besserung. Als die Patientin am 9. 6. zu Köbner kam, konnte er bei ihr eine oberflächliche Hautinfiltration, teilweise mit Schuppen bedeckt, an den Händen und Unterarmen feststellen. Nahe den beiden Zungenrändern, an der rechten Wangenschleimhaut und am Unterlippenrot befanden sich mattweiße, unregelmäßige atrophische Flecken. Die Patientin hatte seit dem 9. 6. arsenige Säure innerlich bekommen. Ihr Zustand hatte sich wenig gebessert. Da sie weit entfernt wohnte, konnte die neue subkutane Arseninjektion nicht angewendet werden. In diesem Falle wäre eine Heilung rascher zu erwarten gewesen (297).

Oskar E. L a s s a r demonstrierte am 12. 5. 1880 zwei Fälle. Der erste war ein Patient mit einer Alopecia areata, die fast gänzlich mit Hilfe von Karbolöl geheilt werden konnte (298).

Der zweite Patient hatte eine Pityriasis rubra universalis. Lassar erläuterte den Unterschied zur Psoriasis und der Ichthyosis, mit denen die Krankheit leicht zu verwechseln sei (299).

Bei einem über 50 Jahre alten Mann bestand seit 1/4 Jahr ein Hautleiden mit allmählicher Entwicklung (Vorstellung am 18. 10. 1882). Hauptsächlich im Gesicht und am Rücken bildeten sich Kreise auf einem dunkelbraunen Grund, die von eitrigem Borken eingefaßt waren. Während sie eintrockneten und abheilten, bildeten sich an anderen Stellen neue. Diesen bläschenförmigen Ausschlag mit eitrigem Eruptionen diagnostizierte Lassar als einen Herpes impetiginosus. Von den wenigen Fällen, die Hebra in Wien gesehen hatte, waren alle tödlich geendet. In diesem Falle stellte Lassar eine günstigere Prognose. Da die Hautveränderungen keine Narben hinterließen, war die Erkrankung nicht mit Lues zu verwechseln (300).

Anschließend zeigte Lassar ein Kind mit demselben Leiden, das aber nicht so stark ausgeprägt war. Bei dem Kind, das seit zwei Jahren krank gewesen war, waren die Borken mechanisch entfernt worden. Dann waren die wunden Stellen mit einer Paste aus Salizylsäure, Zink und Vaseline bedeckt worden. Daraufhin war eine schnelle Heilung eingetreten (301).

Am 10. 12. 1884 brachte Lassar sechs Personen mit Lupus erythematodes zur Vorstellung. Durch eine besonders oberflächliche sogenannte Paquelin'sche Verschorfung war es zu einer narbenlosen Verheilung gekommen. Die pathologischen Neubildungen waren unter Schonung des normalen Gewebes zerstört worden. Nur mit einer Lupe ließ sich noch die ehemalige Affektion erkennen (302).

Ein Tischler mit einem tiefbraunen Gesicht und gleichfarbigen Pigmentflecken an anderen Körperstellen war zu Lassar gekommen (Vorstellung am 25. 2. 1885). Diese Melanose bestand bei dem Patienten seit Pfingsten 1884. Er hatte viel

mit Politurflüssigkeit zu tun gehabt. Als Lassar ihn untersuchte, waren die Hände des Patienten auch damit bedeckt. Lassar glaubte, daß die Politurflüssigkeit resorbiert worden war und dann der Schellack im Rete abgelagert worden sei. Ein Aufsaugen über die Hände hielt er für unwahrscheinlich. Er glaubte vielmehr, daß die Flüssigkeit unbewußt mit der Hand auf dem Körper verteilt worden war (303).

Sechs Fälle demonstrierte Lassar am 15. 7. 1885. Ein Mann und eine Frau hatten eine Alopecia areata. Trotz vieler Behandlungsversuche ging die Krankheit bei dem Mann nicht zurück, vielmehr verlief sie für 9 Monate progressiv. Als man die Therapie nach Remak anwendete (Teerseife, zweiprozentige Sublimatlösung, Spiritus und Salizylöl), sistierte der Haarausfall, wie es auch in anderen ähnlichen Fällen beobachtet worden war. Als jedoch keine Regeneration eintrat, versuchte Lassar ein altes Volksmittel, nämlich Adeps colli equini (Pferdekammfett), das er als Basis für Salizyl und Karbol benutzte. Daraufhin trat wieder ein vollkommenes Wachstum der Haare ein. Es waren noch andere derartig erfolgreich behandelte Fälle bekannt (304).

Bei der Frau war diese Behandlung ebenfalls erfolgreich. Allerdings hatten sich bei ihr wieder zwei kleine neue Kreise von Alopecia areata gebildet. Ein Beweis dafür, daß es sich nicht um eine Ernährungsstörung, sondern um eine lokale Infektion handelte (305).

Der dritte Fall war eine Frau mit einer Oberschenkelkontraktur. Lassar glaubte, daß eine Thrombose nach einem Wochenbett mit darauf folgender Venenstase und Lymphstauung zu den papillären Wucherungen geführt hatten. Diese entwickelten sich in Form einzelner, keloider Herde und gingen dann in Ulzerationen über. Sie sahen syphilitischen Geschwüren ähnlich. Aber es gab keinen Anhaltspunkt für eine Syphilis (306).

Weiterhin hatte Lassar drei Patienten mit der als selten geltenden Krankheit Lichen ruber zu zeigen. Lassar vermutete,

daß die zum Zeitpunkt der Vorstellung häufiger auftretende Krankheit mit der Lederverarbeitung im Zusammenhang stand. In einem Falle war die Erkrankung mit Syphilis kompliziert (307).

Das Protokoll vom 11. 11. 1885 berichtet über Lassar: "Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Lassar Kaninchen, die eine sehr eigenthümliche Schuppenflechte progressiver Natur nach Uebertragung von einem gleichfalls vorgestellten, an Psoriasis leidenden Soldaten acquiriert hatten". Bei dem Soldaten handelte es sich um einen Gardegrenadier, der 23 Tage zuvor aus dem Militär aufgrund unheilbarer Psoriasis entlassen worden war. Die Heilungszeit stand in einem Mißverhältnis zur Dienstzeit. Eine tägliche Behandlung mit Seifen-, Teerbädern und zwanzigprozentiger Chrysarobin-Lanolinsalbe hatte den starken Juckreiz und das Schuppenexanthem beseitigt. Es gab nur noch einzelne, deutliche Psoriasisflecke an den Beinen. Durch die Übertragung der Krankheit innerhalb von drei Wochen auf Kaninchen war die Übertragbarkeit der Psoriasis beim Menschen zwar nicht direkt bewiesen, erschien aber doch möglich (308).

Die günstigen Behandlungsergebnisse mit Lanolin (Cholestearinfett) als neuartiger Salbengrundlage schilderte Lassar anhand von vier Fällen am 16. 12. 1885. Er wies darauf hin, daß sich Lanolin mit Medikamenten leichter verbinde, die Zersetzung langsamer vonstatten gehe und die Hautverträglichkeit besser sei und die Hautresorption schneller als bei Glyzerin und anderen Fetten ablaufe. Ein dreijähriger Knabe, der vor sieben Tagen ein eitrig borkiges Kopf- und triefendes Gesichtsekzem hatte, war mit einer zweiprozentigen Salizyllanolinsalbe behandelt worden. Inzwischen war der Ausschlag verschwunden (309).

Auch eine junge Frau mit einer großflächigen Impetigo contagiosa mit dicken Borken auf blutig eitriger Papillarfläche war innerhalb von zehn Tagen mit Salizyllanolinpaste geheilt worden (310).

Ein 50jähriger Zimmermann mit einem hochentzündlichen, stark nässenden Ekzem war ebenfalls nach mehreren mißglückten Therapieversuchen mit derselben Salbe behandelt worden. Das Ekzem hatte sich bis zum Tage der Vorstellung in eine gelbliche, trockene, sich abschilfernde Fläche verwandelt (311).

Bei einem Mann mit einer ungemein stark entwickelten Psoriasis hatten zehn Einreibungen mit 25prozentiger Chrysarobin-Lanolinsalbe ausgereicht, die Affektion zu beseitigen. Es war keinerlei Reizung aufgetreten. Ob eine weitere anderweitige Behandlung noch nötig sei, war bisher unklar geblieben (312).

Neun Fälle einer Syphilisinfection sine coitu führte Georg L e w i n am 9. 4. 1873 vor. Auguste L., Mutter von drei Kindern, hatte allgemeine syphilitische Symptome und zwei einander ähnliche, groschengroße Verhärtungen auf der rechten Mamma zu beiden Seiten der Brustwarze. Die Sklerose war als ein syphilitisches Initialsymptom zu deuten. Acht Monate nach einer erfolgten Geburt hatte sie zusätzlich ein fremdes Kind mit an die Brust genommen. Drei bis vier Wochen später war eine wunde Stelle an der Brust entstanden. Das fremde Kind hatte einen Hautausschlag gehabt. Nachdem sie dieses Kind zurückgegeben hatte, war es bald darauf gestorben. Ihr eigenes Kind bekam wenig später eine wunde Stelle an der Zunge und wurde auch am ganzen Körper wund. Die Frau selbst hatte verhärtete Lymphknoten an den entsprechenden Stellen. Ihr Kind, der 13 Monate alte Wilhelm L. hatte nun seit dem achten Monat Syphilis. Die erodierte Induration an der linken Zungenseite mit einer Initialsklerose, die Drüsenschwellung und das makulopapulöse Syphilid sprachen dafür (313).

Die 20jährige, ledige Lene L. hatte auch ein makulöses, papulöses Syphilid und eine bohngroße Induration an der linken Unterlippe. Im siebenten Schwangerschaftsmonat hatte sie einen Pickel auf der Unterlippe bemerkt, der sehr langsam heilte. Es blieb eine harte Stelle zurück. Sie brachte ein

schwaches, mit vielen Flecken und Geschwürchen am ganzen Körper bedecktes Kind einige Wochen zu früh zur Welt. Das nun drei Monate alte Kind Reinhold L. war mager und schwach, und seine Inguinal-, Zervikal- und Okzipitaldrüsen waren geschwollen. Es hatte am ganzen Körper ein makulöses Exanthem. Der rechte Hoden war induriert, und zu beiden Seiten der Tibia gab es eine Affektion des subkutanen Gewebes. Lewin wies darauf hin, daß Kinder mit syphilitischen Tertiäraffektionen geboren werden können. Für ihn stellte sich die Frage, ob der Vater Syphilis per Sperma weitergegeben hatte (314).

In einem weiteren Fall war die Krankheit über zwei Generationen hin weitergegeben worden. Die 49jährige Hökerin Frau Gr. war bis zum 25. Lebensjahr gesund gewesen. Neben ihrem eigenen Kind, einem Mädchen, hatte sie gleichzeitig einem fremden Kind die Brust gegeben, das kongenitale Syphilis hatte. Das fremde Kind starb einige Monate später. Die Frau bekam ein Mammageschwür, und ihr Kind infizierte sich per os. Es bekam Ulzerationen an der Pharynxwand, die nach längerer Zeit allerdings nur scheinbar geheilt wurden. Auch ihr Mann infizierte sich. Er bekam schnell syphilitische Exantheme und Ulzera am Stirnbein. Darauf verstarb er unter Gehirnerscheinungen. Der Mann, den sie in zweiter Ehe heiratete, hatte in den ersten Jahren Halsaffektionen. Bei der Frau selbst waren bis vor zwei Jahren Rezidive aufgetreten. Sie hatte eine Pharynx- und Larynxdestruktion. Ein Achtmonatskind von ihr, das mit syphilitischen Affektionen geboren wurde, starb mit 5 1/2 Monaten. Die nunmehr 13jährige Tochter Auguste wurde ein Jahr darauf geboren. Seit sechs Jahren hatte sie einen pustulösen Hautausschlag. Er konnte durch Quecksilber temporär geheilt werden. Bisher traten die Hautulzerationen fünfmal wieder auf. Die älteste Tochter hatte mit 16 Jahren einen Lupus am rechten Oberschenkel und eine Periostitis tibiae bekommen. Bis zum Tage der Vorstellung klagte sie über Rezidive. Sie hatte mit 17 Jahren einen gesunden Mann geheiratet. Dieser starb 1 1/2 Jahre später an einer fraglichen Meningitis tuberculosa. Ein drei Wochen zu

früh geborenes Kind verstarb nach 14 Tagen. Seit zwei Jahren war sie in zweiter Ehe mit einem bisher gesunden Mann verheiratet. Ein Kind (Junge), das inzwischen 17 Monate alt war, hatte Lichen skrophulosus, ein 1/2 cm langes Geschwür am rechten Oberschenkel und eine Infiltration des rechten Fußes. Lewin wies darauf hin, daß die Syphilis noch nach Jahren zum Wiederausbruch kommen könne. Außerdem werde sie im weiblichen Körper jahrelang gehalten und an Kinder weitergegeben (315).

Die 24jährige Arbeiterin Friederike A. hatte Syphilis gehabt und war nach einer Quecksilberkur geheilt worden. Ein am 4. 2. 1871 geborenes Kind war gleich gestorben. Etwa zwei Jahre später, am 30. 3. 1873, hatte sie wieder eine Geburt, die zu früh erfolgte. Das Kind hatte an den Hand- und Fußflächen linsengroße, dunkelrote Flecken. Außerdem befanden sich impetigoartige Krusten an einigen Fingern. Am rechten Zeigefingernagel war eine pemphigusartige Bulla zu sehen. Bis zu 2 mm Tiefe und im Durchmesser 8 mm große Hautdefekte gab es an beiden Nägeln der großen Zehen. Dort war das subkutane Gewebe braunrot, trocken und hart. Bisher waren nach Lewin Nageldefekte bei einer kongenitalen Syphilis noch nicht beobachtet worden (316).

Am 1. 4. 1874 hatte Lewin wiederum einige Fälle mit Syphilis sine coitu. Die erste der drei Frauen hatte schon eine Iritis mit Gummabildung am unteren Rand der Iris bekommen. Bei ihr war die Infektion über den Mund eingetreten. Anfangs hatte sie eine Sklerose an den Lippen gehabt und später kam eine Adenitis submentalalis hinzu (317).

Eine zweite Frau hatte eine oberflächliche Ulzeration an der Oberlippe bekommen, die genau der Stelle an der Unterlippe auflag, an der sie ihre erste Infektion 1 1/2 Wochen zuvor erhalten hatte. In keinem Falle war die Ulzeration an der Oberlippe eine Neuinfektion (318).

Die dritte Frau hatte eine haselnußgroße Induration an der rechten Brustwarze tief im subkutanen Gewebe. An ihren

Genitalien war nichts zu sehen. Das Kind, das sie gestillt hatte, hatte schon vier andere Ammen angesteckt und war vor drei Wochen verstorben. Die Induration war drei Wochen nach dem Anlegen des erkrankten Säuglings entstanden. Nun, sieben Wochen später, erwartete man täglich das Exanthem. Auch in diesem Falle war das Papillengewebe kaum angegriffen. Lewin wies nochmals auf die hohe Ansteckungsgefahr und die nötigen Untersuchungsmaßnahmen hin (319).

An demselben Tage zeigte Lewin noch einen 38jährigen Eisenbahner, der vor zehn Jahren infolge einer Syphilisinfektion ein Geschwür am Penis gehabt hatte. Trotz einer damals sofort eingeleiteten "Pillenkur" hatte er später "Halsaffektionen" bekommen. Er machte daraufhin eine Schwitzkur und sicherheitshalber in Aachen eine Badekur. Vor vier Jahren war ein Hautausschlag aufgetreten. Schon als Kind hatte er oft Drüsenbeschwerden gehabt und im 4. Lebensjahr waren für einige Zeit Hautgeschwüre aufgetreten, von denen rote Flecken zurückgeblieben waren, die später auch näßten. Nun hatte er kleine, erbsgroße Papeln bekommen und talergroße Effloreszenzen, die wie papilläre Wucherungen aussahen. Auf dem ganzen Körper fanden sich Psoriasisschuppen, und es war eine Wandlung zur Psoriasis annularis eingetreten. Es bestanden mehrere pralle Tumoren, einer davon befand sich am linken Vorderarm über dem Handgelenk und hatte die Größe eines halben Apfels. Für Syphilis war die braunrote Färbung, die Lokalisierung und die Polymorphie typisch. Da die Erscheinungen aber auch Folgen der in der Kindheit durchgemachten Hautkrankheit sein konnten, nannte Lewin es ein Syphiloid. Eine antisypilitische Behandlung hatte nämlich nicht angesprochen. Eine subkutane Sublimatinjektionskur hatte nur am Anfang geholfen. Inzwischen war eine Verschlechterung eingetreten. Lewin ließ den Patienten gut ernähren und wollte nun einen Behandlungsversuch mit Jodkalium machen (320).

Ein Patient mit einer Sykosis parasitaria war bei Lewin in Behandlung gewesen (Vorstellung am 28. 4. 1875). Auf beiden

Wangen hatte er lividrote Infiltrate, die besonders an der linken Seite bis zum Hals reichten. Am Kinn befanden sich pilzförmige Geschwülste, die die Größe von vier Groschenstücken hatten. Die Haare waren etwas verfärbt, trocken und teilweise zerfasert. Im Mikroskop sah man, daß das Haar von Trychophyton tonsurans umspannt und z. T. durchsetzt war, so in der Kortex und Medulla. Es waren durch Bazin und besonders durch Köbner in Bezug auf diese Krankheit wichtige Erkenntnisse gewonnen worden. Hebra ignorierte diese und leugnete sogar die Existenz dieser Krankheit. Als Gegenbeispiel dafür konnte der Patient dienen, dessen Bartaffektion zwar wie eine Sykosis aussah, aber pilzbedingt war. Bisweilen wurde diese Erkrankung auch als eine tuberkulöse Sykosis gedeutet (z. B. Devergie).

In der Sitzung am 26. 5. 1875 wurde lediglich mitgeteilt, daß nach der Anwendung von Karbol und Salizylsäure eine vollständige Heilung der Affektion erreicht worden war (321).

Einen 18jährigen jungen Mann mit einer Syphilis hereditaria tarda zeigte Lewin am 3. 11. 1874 (wahrscheinlich handelt es sich bei der Jahreszahl um einen Druckfehler, da im Band 7 nur Protokolle der Jahre 1875/76 zusammengefaßt sind; eher 1876). Die Eltern berichteten, daß der junge Mann bis zum 5. Lebensjahr gesund gewesen sei. Danach habe er Knochenaufreibungen an beiden Tibiae sowie Ulzerationen der bedeckenden Weichteile bekommen und nach fünf Jahren sei Heilung eingetreten. Er war zuvor mit Fußbädern behandelt worden. Zur gleichen Zeit waren destruktive Prozesse an Pharynx und Larynx aufgetreten. Seit Jahren hatte er Geschwüre an der Nase und im Gesicht. Zum Zeitpunkt der Vorstellung fehlte ihm ein großer Teil der Nase. Auch an der Oberlippe und am Zahnfleisch waren Defekte vorhanden, so daß der Oberkiefer teilweise sichtbar war. Palatinum durum, Velum, Tonsillen und beide Arcus, sowie die Epiglottis waren ganz oder fast zerstört. Am Ober- und am Unterschenkel hatte er Narben. Die Epidermis war wie Seidenpapier. Vor drei Jahren hatte

er eine parenchymatöse Keratitis bekommen. Er war in der Entwicklung zurückgeblieben und sah wie ein 12 bis 14jähriger aus. Die Hoden waren klein, und bisher hatte er keine Erektionen gehabt. Die Ursache der Erkrankung war wahrscheinlich vom Vater ausgegangen. Dieser hatte sich 3 - 5 Monate, nachdem seine Frau schwanger geworden war, infiziert. Er hatte Quecksilberpillen zur Behandlung genommen. Bei seiner Frau hatten sich daraufhin nur "Warzen" an den Geschlechtsteilen gezeigt. Einigen Forschern, die behaupteten, daß nur Männer die hereditäre Syphilis verursachen würden, hielt Remak entgegen, daß bei Frauen sich die Symptome der Syphilis oft nicht so leicht feststellen ließen (322).

Zwei Fälle von Erythema exsudativum kamen am 8. 5. 1878 durch Lewin zur Vorstellung. Lewin beschrieb die drei Stadien der Krankheit. Im Vorstadium traten Verdauungs- und Schlafstörungen auf. Im darauffolgenden Hauptstadium stellten sich Flecken ein, die symmetrisch auf beiden Körperhälften zu finden waren. Diese wandelten sich zu Papeln und bildeten dann einen Ring, auf dem Bläschen, Pusteln, Krusten Hämorrhagien oder größere Infiltrate entstanden. Außerdem kamen Fieber und Schmerzen hinzu, die nach dem Abklingen der Krankheit weiterbestehen konnten. Schließlich konnten im Nachstadium der Krankheit Konjunktivitis, Klappenfehler und Tuberkulose entstehen. Die durch ein Virus verursachte Erkrankung der Gefäßnerven trete besonders bei schwächlichen, jüngeren Personen auf. Sehr oft käme bei Frauen eine Harnröhrenerkrankung hinzu (323).

Am 19. 7. 1882 wurde von Lewin eine 21jährige Frau aus Cottbus vorgestellt. Sie kam aus einer gesunden Familie, bei der "günstige hygienische Verhältnisse" herrschten. Bis zum 10. Lebensjahr war sie gesund gewesen. Dann hatte sie Masern bekommen und darauf einen flechtenartigen Ausschlag im Gesicht und auf der Brust, der Beginn der jetzigen Affektion. Im 20. Lebensjahr verstärkten sich die Erscheinungen. Sie hatten seit sieben Jahren ihren Höhepunkt dadurch erreicht,

daß sich Tumoren an Genitalien und am After zeigten. Trotz intensiver Behandlung durch viele Ärzte war bisher keine Heilung des Leidens eingetreten. Es zeigten sich vier verschiedene Exantheme:

1. Eine "Art von Stearrhoe an den behaarten Teilen des Kopfes".
2. Ein "Eczema squamosum an größeren Parthien des Gesichtes".
3. Eine "ichthyosisartige Degeneration an den oberen Extremitäten".
4. "Warzenartige Excrescenzen auf der Brust und auch vereinzelt an anderen Körperparthien".

Außerdem sah Lewin noch

5. "pyramidal sich zuspitzende grauweiße Effloreszenzen an den Unterschenkeln" und
6. "spitzen Condylomen ähnliche, himbeerartige Tumoren an Genitalen und Rectum und dessen Umgebung".

Mikroskopisch ließ sich feststellen, daß der Ausgangspunkt des Leidens das Corpus papillare war. Die Klassifizierung des Leidens fiel Lewin schwer. Er deutete es als eine sporadische Frambösia (324).

Eine Krankenvorstellung durch Lewin am 21. 3. 1883 ließ sich nicht auffinden. Im Protokoll ist lediglich vermerkt, daß dieser Fall anderweitig veröffentlicht werde (325).

Da von einigen Ärzten behauptet wurde, daß die tertiäre Syphilis durch Quecksilber hervorgerufen werde, stellte Lewin am 25. 4. 1883 zwei Patienten vor, die eine tertiäre Syphilis hatten und nicht mit Quecksilber behandelt worden waren. Ein 32jähriger Arbeiter aus einer gesunden Familie war vor sechs Jahren infiziert worden. Ein Ulkus durum war damals lokal behandelt worden. Ein später aufgetretenes, makulöses Syphilid wurde mit Jodkalium behandelt. Inzwischen hatte er eine Infiltratio gummosa cutis frontis, ulcera profunda ad partem parietalem capitis sinistra und eine

Orchitis gummosa sinistra bekommen. In den letzten fünf Tagen waren ihm fünf subkutane Injektionen á 0,006 g Sublimat (Quecksilber) verabreicht worden. Eine positive Wirkung war schon sichtbar (326).

Der zweite Patient, ein 30jähriger Mann, stammte ebenfalls aus einer gesunden Familie und war vor sechs Jahren infiziert worden. Anfänglich war er nur lokal mit Jodkalium behandelt worden. Bei seiner Aufnahme vor vier Wochen waren am Stamm und an den Extremitäten eine große Anzahl von zerfallenen Geschwüren zu finden gewesen, die zwei- bis fünfmarkstückgroß waren. Auf der Zunge und im Rachen gab es zerfallene Lata. Außerdem hatte der Patient, der abgemagert und heruntergekommen war, einen sehr großen Milztumor. Er hatte bisher 0,9 g Sublimat bekommen. Die Geschwüre waren völlig vernarbt oder in der Abheilung befindlich. Mund und Rachen waren verheilt. Eine Woche vor der Vorstellung hatte die Behandlung unterbrochen werden müssen, da eine Diarrhoe aufgetreten war. Nach dem Abklingen der Diarrhoe sollte die Behandlung in abgeschwächter Form fortgesetzt werden. (327). Wie später vermerkt worden war, verstarb der Patient innerhalb von vier Wochen an einer interkurrenten Krankheit. In der Leber waren einige kleine Gummaknoten gefunden worden (328).

Der 32jährige Arbeiter mit der tertiären Syphilis wurde am 2. 5. 1883 nochmals von Lewin vorgeführt. Nach nunmehr 30 Injektionen war er nahezu geheilt. Es bestand nur noch eine Orchitis gummosa (329).

Außerdem zeigte er an diesem Tag den einzigen zu dieser Zeit in der Charité befindlichen Patienten mit tertiären Syphiliserscheinungen. Er beabsichtigte, ihn subkutan zu behandeln (330).

L i s s a demonstrierte am 12. 3. 1884 einen Patienten mit einer Urticaria factitia. Der 20jährige Musiker litt seit

etwa zehn Wochen an dieser Krankheit. Überall, wo die Kleidung etwas stärker drückte, beispielsweise im Nacken, bildeten sich weiße Streifen. Fuhr man mit einem festen Gegenstand über die Haut, entstanden weiße Streifen, an deren Rändern sich eine durch Brennen bemerkbare Röte entwickelte. "Zeichnete" man Figuren, traten sie deutlich hervor, und erst nach über 30 Sekunden verschwanden die Röte und darauf die weißen Streifen (331).

Eine 30jährige Frau mit Syphilis war von Oskar R o s e n - t h a l (geb. 1852) behandelt worden (Vorstellung am 2. 12. 1885). Die Frau war seit 6 - 7 Jahren verheiratet, stets gesund gewesen und nie Gravida oder uterinleidend gewesen. Sie war im November 1884 von ihrem Mann infiziert worden. Es bestand bei ihr ein Defluvium capilliti und eine Inguinaldrüschenschwellung beiderseits. Weiterhin hatte sie als typische Syphiliszeichen nässende Papeln an den Genitalien und nächtlichen Kopfschmerz. Zudem war im vierten Monat nach der Infizierung ein tief dunkelgelbes Chloasma aufgetreten, das den größten Teil des Gesichtes einnahm. Es reichte über beide Wangen nach unten bis zur Oberlippe und nach oben bis über die Augenbrauen. Unter der Behandlung mit Jodquecksilber und Jodkali (beides innerlich) verschwanden die Erscheinungen. Das Chloasma blieb jedoch bestehen, aber seine Intensität war geringer geworden. Im Oktober kam es zu einem Rezidiv. Eine ausgedehnte Psoriasis palmaris et plantaris, Ulzerationen am Hals und serpiginöse Syphilide am Vorderarm und an den Beinen hatten sich entwickelt. Auf dem Nacken und an beiden Halsseiten befanden sich linsen- bis zehnpfennigstückgroße, leukodermatische Flecken. Infolge einer Injektionsbehandlung gingen die Erscheinungen zurück. Auch das Chloasma war fast verschwunden. Nur die leukodermatischen Flecken blieben bestehen (332).

Die achtjährige Anna Sch. aus Osterburg in der Altmark war eine Patientin von Schöler (Vorstellung am 21. 6. 1882). Das Mädchen war körperlich und geistig normal. Es erkrankte Anfang August 1881 mit leichtem Fieber. Um den Mund herum entwickelte sich eine starke Rötung, und die Haut schwell an. Später gab es eine Blasenbildung. Diese Erscheinungen breiteten sich erst auf dem übrigen Gesicht aus und waren nach einiger Zeit auf dem gesamten Körper zu finden. Die Blasen wuchsen innerhalb eines halben Jahres von Erbsen- auf Hühnereigröße an. Sie waren prall mit einer klaren Flüssigkeit gefüllt, die nach einiger Zeit eitrig aussah. Dann platzten die Blasen und trockneten zu einer braunen Borke ein. An diesen Stellen war dann die Haut stärker gerötet. Das Fieber war nach acht Tagen verschwunden. Vom August 1881 bis Januar 1882 nahm die Zahl und die Größe der Bläschen besonders auf dem Rücken zu. Außerdem hatten sich noch zehn blutig gefüllte Blasen entwickelt, die später ein pigmentiertes Feld zurückließen. Dann wurden auch die Zungenschleimhaut und die Konjunktivae, die sich stark röteten, befallen. Schließlich entstanden die Veränderungen auch in der Mastdarm- und Harnröhrenschleimhaut. Ab Januar 1882 trat eine Abnahme der Blasenbildung ein. Im ersten halben Jahr hatte das Mädchen 5 - 6 Mal pro Tag Nasenbluten gehabt. Trotz allem hatte das Kind von August bis Januar vier Pfund zugenommen. Seit dem 12. 6. war sie in der Behandlung bei Schöler. Er stellte eine sekundäre Erkrankung der Talgdrüsen (Miliümknötchen), Haarausfall und dicke Lanula auf den Nägeln fest. An den Augenlidern befanden sich Borken und Sekret. Die linke Lidspalte war durch eine dünne, grauweiße Membran, welche ihre Insertionsfläche intermarginal hatte, in einer Ausdehnung von 1 cm verschlossen. Die Schleimhaut war stark geschrumpft, trocken und oben mit Narben bedeckt. Beide Hornhäute waren von einem grünen Ring begrenzt. Auf der rechten Seite waren keine Narben zu finden. Schöler diagnostizierte diese Krankheit als einen Pemphigus conjunctivae. Daß es in diesem Falle nicht der immer tödlich ausgehende

Pemphigus foliacaesus war, wurde durch die pralle Blasenfüllung und die nicht vorhandene Narbenbildung bewiesen. Dennoch war die Prognose ungewiß, da sich sechs Blasen auf einmal am linken Oberlid gebildet hatten. In jedem Falle war bei einem Kind diese Krankheit ernster zu nehmen als bei einem Erwachsenen. Günstig war, daß das Leiden jetzt auf das Gesicht lokalisiert war. Zudem war hier der seltene Fall eingetreten, daß die Hornhaut affiziert worden war und keine Verwachsung zwischen Lid und Augapfel bisher stattgefunden hatte. Schöler hatte alle veröffentlichten Pemphigusfälle zusammengestellt (333).

Oscar S i m o n (1845 - 1882) demonstrierte am 20. 1. 1875 mehrere Prurigo-Kranke (334).

Im Protokoll vom 26. 4. 1882 war festgehalten: "Vor der Tagesordnung stellt Herr S o n n e n b u r g ein Kind mit einem sehr ausgedehnten Naevus spilus vor, welcher sich über den rechten Oberarm und einen Theil des Rumpfes erstreckt" (335).

Im Protokoll vom 12. 11. 1873 war nur kurz erwähnt worden, daß V i r c h o w einen tätowierten Sulioten (ein Mann aus dem Stamm der Zulu) vorstellte (336)

Ein neun Monate altes Mädchen mit einem Naevus pilosus wurde am 10. 5. 1882 von W e r n e r gezeigt. Der Naevus war schwarzbraun pigmentiert und hatte einen dichten, langen, weißblonden Haarwuchs. Er befand sich auf der rechten Gesichtshälfte und ließ um das Auge herum einen schmalen, weißen Saum. Seitlich dehnte er sich bis in die behaarte Kopfhaut hinein aus, wobei er das rechte Ohr aussparte. Eine Heredität war nicht nachweisbar. Es "... scheint auch hier wieder das sogenannte Versehen eine Rolle zu spielen".

Die Mutter hatte sich im fünften oder sechsten Schwangerschaftsmonat stark erschreckt. Der Wunsch der Mutter, den Naevus durch eine Operation zu entfernen, konnte infolge der Größe nicht erfüllt werden, lediglich eine Rasur war möglich (337).

Der 22jährige Patient Ehrenhaus war wegen einer Sclerodermia adultorum bei Julius Wolff in Behandlung (Vorstellung am 8. 7. 1874). Anfang Mai 1874 hatte sich eine brettartige Infiltration in der Kniekehle gebildet, die zu einer Kontraktion im Kniegelenk führte. Sie breitete sich auf dem ganzen linken Bein bis zum unteren Drittel des Oberschenkels aus. Die Haut wurde dabei immer starrer, und das Knie ließ sich schließlich nur noch bis auf 140 ° strecken. In der letzten Juniwoche hatte jedoch eine Rückbildung begonnen. Das Knie ließ sich nun wieder voll strecken, und der Oberschenkel befand sich wieder in einem normalen Zustand. Offensichtlich hatte die sonst übliche völlige Hautdegeneration hier nicht stattgefunden. Es handelte sich wahrscheinlich um den seltenen Heilungsfall einer Sclerodermia adultorum (338).

IX. OPHTHALMOLOGIE

Die nun folgenden ophthalmologischen Krankenvorstellungen wurden hauptsächlich von A. v. Graefe und von J. Hirschberg, bedeutenden Ophthalmologen ihrer Zeit, durchgeführt.

Am 12. 6. 1861 stellte v. Graefe einen Fall von mobiler, durchsichtiger Linse vor (339).

Ein Knabe mit angeborenem Epikantus und Levatormuskelverkürzung wurde durch v. Graefe behandelt (Vorstellung am 12. 4. 1865). Da auch ein Recti-Superioresdefekt bestand, konnte die Visierebene nur wenig über die Horizontale gehoben werden. Die Ursache für diesen komplizierten Epikantus sah v. Graefe in Bildungsfehlern der Schädelbasis. Er wollte in diesem Falle neben der Epikantusoperation eine Kanto-plastik und eine Kürzung der Orbikularisplatte durchführen, um die Widerstände bei der Lidhebung zu mindern (340).

Ein Mädchen mit angeborener Aniridie beiderseits und oberem Okulomotoriusastdefekt zeigte v. Graefe am 19. 2. 1868 (341).

Hirschberg hatte bei zwei Patienten Augenzystikerken aus dem Augeninneren entfernt (Vorstellung am 22. 11. 1871). Bei der Patientin bestanden seit einem Jahr Sehstörungen. Sie konnte nur noch schwer die Finger aus der Nähe zählen. Mit Hilfe des Augenspiegels konnte ein Zystikerkus im Glaskörper festgestellt werden. Bei der Operation, die vor 13 Tagen durchgeführt worden war, hatte Hirschberg einen unteren Skleraschnitt gelegt und dann die Linsenkapsel geöffnet. Der Glaskörper war herausgetreten. Darauf konnte der Zystikerkus entfernt werden (342).

Bei dem Knaben war der Zystikerkus schwer zu lokalisieren gewesen, da er auch noch während der Operation seine Lage veränderte. Bei ihm mußte zusätzlich ein perilinealer Schnitt gemacht werden, bevor der Zystikerkus entfernt

werden konnte. Inzwischen hatte die Iritis nachgelassen und die Sehkraft sich wieder normalisiert (343).

Bei einem jungen Mann hatte Hirschberg vor zwei Monaten ebenfalls einen Zystikerkus aus dem Glaskörper extrahiert (Vorstellung am 3. 7. 1872). Nachdem das Auge für sechs Wochen blind gewesen war, führte Hirschberg eine Operation mit günstigem Verlauf durch, bei der er nach einem ergiebigen Skleralschnitt und einem schnellen und möglichst vollständigen Ausschnitt der Iris die Linse entfernte. Inzwischen konnte der Patient mit + 2 Jäger Nr. 8 lesen und die Finger schon aus einer Entfernung von 15 Fuß zählen (344).

Ein junger Mann mit einem angeborenen Anophthalmus sinister wurde am 6. 2. 1878 von Hirschberg vorgeführt. Obwohl der Patient bisher noch nicht behandelt worden war, betrug die vertikale Verkürzung der Orbitalöffnung nur fünf Millimeter, die horizontale drei Millimeter. Allerdings war die horizontale Lidspalte um zehn Millimeter verkürzt. So bestand kein Hindernis für eine eventuell notwendig werdende Enukleierung (345).

Der 16jährige Eduart Kluth aus Puttlitz hatte sich beim Schmieden eine Verletzung im rechten Auge zugezogen (Vorstellung am 15. 10. 1879). Gleichzeitig war eine Sehstörung aufgetreten. Etwa acht Stunden später war er bereits bei Hirschberg in Berlin gewesen. Er fand an dem rechten reizlosen Auge oberhalb des Hornhautscheitels eine Wunde in der Sklera. Im Augenspiegel konnte er im unteren Glaskörperteil hinter der Linse einen Fremdkörper sehen. Am nächsten Tage wurde die Operation durchgeführt, da nach Hirschbergs Erfahrungen ein weiteres Warten für das Auge nur schädlich gewesen wäre. Er machte zwischen dem äußeren und unteren geraden Augenmuskel einen Meridionalschnitt, der hinter dem Ziliarkörper begann und zum Äquator hinführte. Dann wurde ein 4 mm langer Schnitt durch alle Bulbushäute gelegt. Mit Hilfe eines Elektromagneten konnte im zweiten Versuch, nachdem der Schnitt auf 7 - 8 mm vergrößert worden war, ein Metall-

splitter (3x2x1 mm) extrahiert werden. Ein zuvor gewonnener Bindehautlappen wurde auf den Schnitt zurückgeklappt und mit zwei Nähten vernäht. Die Wunde verheilte gut. Es bestand nach der Operation eine Gesichtsfeldeinschränkung im inneren, oberen Quadranten. Nach vier Wochen erfolgte die Entlassung des Patienten. Nach sechs Wochen war das Auge äußerlich fast normal. Eine erfolgreiche Fremdkörperextraktion aus dem Auge mit Hilfe eines Elektromagneten war erstmals um 1876 von Mc Keown durchgeführt worden. Danach war dieselbe Operation nur einmal von Dixon und zweimal von Knapp gemacht worden (346).

Ein vierjähriges Mädchen hatte eine Tuberkulose der Augapfelbindehaut und zusätzlich eine Entartung des Augapfels (Vorstellung am 22. 10. 1879). Nachdem Hirschberg den Bulbus entfernt hatte, trat schnell eine Besserung des Allgemeinbefindens ein. Die mikroskopische Untersuchung ergab später, daß sich auf der wenig veränderten Sklera eine kleinzellige Schicht mit vielen Riesenzellnestern befand. Darüber lag eine dicke nekrotische Käseschicht (347)

Ein 56jähriger Böttcher hatte sich, als er Eisen mit dem Hammer bearbeitete, am 28. 12. 1883 das rechte Auge verletzt (Vorstellung am 9. 7. 1884). Eine darauffolgende Sehstörung und Entzündung des Auges ließen nach. Das Auge entzündete sich am 10. 6. 1884 erneut. Als er am 25. 6. zu Hirschberg kam, konnte er auf dem rechten Auge nur die Finger aus einer Entfernung von drei Fuß zählen. Er hatte einen Gesichtsfelddefekt nach oben, und das Auge bot das Bild einer schweren Iridozyklitis. In der Hornhaut war eine 3 mm lange Narbe, durch die ein Fremdkörper eingedrungen sein mußte. Dahinter befand sich in der Iris ebenfalls eine narbige Stelle. Auch die Linsenkapsel war narbig und nicht völlig getrübt. Aus diesen Erscheinungen schloß Hirschberg, daß sich ein eiserner Splitter im Glaskörper befand und sich bewegen konnte, da er ja nach längerer Zeit wieder zu einer Reizung geführt hatte. Auch nach einer Atropinbehandlung ließ sich der

Fremdkörper schwer lokalisieren. Am 27. 6. 1884 machte Hirschberg einen Augenschnitt und extrahierte im zweiten Versuch mit dem Elektromagneten den Eisensplitter. Dieser war 3 mm lang und ein Stück des Faßbandes gewesen, das der Böttcher hatte bearbeiten wollen. Die Heilung erfolgte reizlos, und die Zyklitis und die Glaskörperinfiltration nahmen täglich ab. Hirschberg hatte in den letzten fünf Jahren 26 Magnetoperationen durchgeführt. In den Lehrbüchern war diese Operationsmethode bisher kaum erwähnt worden (348).

Drei Wiedervorstellungen machte Hirschberg am 3. 6. 1885. Die 30jährige Frau, die am 5. 3. 1885 bereits einmal dagewesen war, hatte seit Dezember 1884 eine linksseitige Amblyopie gehabt. Bei der Vorstellung war ein 8 mm großer Zystikerkus an der äußeren Seite unten tief im Glaskörper zu sehen gewesen. Unter Narkose hatte Hirschberg den Kantus externus gespalten und dann nach einem 10 mm tiefen Einstich mit einer Glaukomlanze den Zystikerkus entfernt. Die Heilung erfolgte reizlos, und die Sehkraft war stark gebessert. Es war nur noch das Gesichtsfeld eingeschränkt (349).

Bei einem 61jährigen Mann, der bereits am 6. 1. 1885 vorgestellt worden war, zeigte sich ein 10 mm großer, lebhafter Blasenwurm lateral vom Sehnerveneintritt im Glaskörper. Etwas weiter unten war ein heller, 6 mm großer Herd zu finden, der das primäre Wurmnest darstellte. Der Mann war stets gesund gewesen und hatte seit Dezember 1884 eine Sehstörung am linken Auge gehabt. Hirschberg machte hier denselben Schnitt wie im vorhergehenden Fall und konnte mit einer Kapselpinzette den Wurm sofort herausschieben. Die Heilung lief reizlos ab, und die Sehkraft verbesserte sich. Außerdem war das Gesichtsfeld danach wesentlich erweitert. Da nun in beiden Fällen drei bzw. fünf Monate seit der Operation vergangen waren, glaubte Hirschberg, daß das Resultat wahrscheinlich bleibend sein werde (350).

Schließlich zeigte er den 56jährigen Böttcher, der vor einem guten Jahr bereits dagewesen war. Ihm war am 28. 12. 1883

ein Eisensplitter ins Auge eingedrungen, und er hatte infolgedessen eine Katarakt und Iridozyklitis bekommen. Am 27. 6. 1884 war der Splitter entfernt worden. Inzwischen konnte der Patient auf diesem Auge mit einem Starglas feinste Schrift lesen. Auch hier glaubte Hirschberg, daß der Erfolg bleibend sein werde (351).

Bei einer Frau, auf deren einem Auge das zentrale Sehen bereits schon seit längerer Zeit erloschen war, hatten sich auf dem anderen Auge seit einigen Wochen Fotopsien und andere sehstörende Symptome eingestellt (Vorstellung am 3. 11. 1884 durch Sch öler. Ein Arzt hatte im Glaskörper der Patientin einen fadenförmigen Körper festgestellt, der sich ständig bewegte. Man vermutete eine Trichine. Ein bisher einmaliger Fall (352).

Das Augenleiden der 70jährigen Frau Sch. wurde von Schöler behandelt (Vorstellung am 25. 6. 1884). Im Januar 1884 sah die Veränderung am Auge wie eine Conjunctivitis catarrhalis aus. Eine entsprechende Behandlung blieb indes erfolglos. Die Patientin hatte erklärt, daß die Augen infolge von häufigem Weinen in ihrer nun schon 18 Jahre dauernden, unglücklichen Ehe und durch vieles die Augen anstrengendes Arbeiten stark beansprucht worden waren. Bei einer Untersuchung am 20. 5. 1884 waren die Schleimhäute des Augapfels und der Lider intensiv rot bis bläulich verfärbt. Es bestand eine hochgradige Verkürzung und Schrumpfung in der Übergangsfalte am Übergang der Conjunctiva bulbi zur Conjunctiva palpebralis. Dort fehlte die tiefe Falte. Die Augapfelbeweglichkeit war eingeschränkt. In der Zwischenzeit war auch die Schrumpfung am oberen Lid fortgeschritten, so daß es sich nicht mehr umschlagen ließ. Die Hornhaut sah normal aus, und das Auge war in einem altersentsprechenden Zustand. Die Ursache der Schrumpfung in der Submukosa war unklar. Es konnte keine Granulation vorausgegangen sein, da entsprechende Narben fehlten. Ebenso war zuvor kein Pemphigus beobachtet worden. Schöler dachte daher an das Vorliegen eines selbstän-

digen Leidens (353).

Ein Patient von S c h w e i g g e r (1830 - 1905) hatte eine Cataracta incipiens in Form eines Kernstares auf der rechten Seite (Vorstellung am 25. 11. 1874). Es sollte eine künstliche Pupillenbildung erreicht werden. Nach der Methode von v. Graefe (1869) wurde nun nicht mehr eine Iridektomie, sondern eine Iridotomie gemacht. Mit einer scherenartigen Pinzette sollte ein winziges Loch in die Hornhaut geschnitten werden, da einfache Schnitte oft zugewachsen waren (354).

Wilhelm U h t h o f f (1853 - 1927) hatte einen Patienten mit einer Degeneration der Konjunktiva auf dem linken Auge (Vorstellung am 1. 6. 1881). Die Konjunktiva des unteren Lides und des unteren Teiles des Bulbus war stark verdickt, braunrötlich und prominent. Der Patient hatte die Veränderungen etwa vor einem Jahr bemerkt, ohne daß er anfangs deshalb Beschwerden gehabt hätte und war sonst gesund. Vor vier Monaten hatte Schöler die Diagnose auf amyloide Degeneration der Konjunktiva gestellt. Später wurde eine Probeexzision aus der Konjunktiva des unteren Lides entnommen. Die oberflächlichen Schichten bestanden aus reinem Granulationsgewebe. Tiefer befand sich ein rein fibrilläres und zellarmes Bindegewebe, worin massenhaft homogen glänzende Gebilde von unterschiedlicher Größe und Form eingelagert waren. In Jodkalilösung färbte es sich tief braunrot, wie bei der Amyloidreaktion. In verdünnter Schwefelsäure gab es aber keine Blaufärbung. Unter der Reaktion mit Methylviolett färbte es sich blau und etwas rotviolett. Die Substanz ließ sich mit Chloroform entfernen. Bei Hitze wurde sie tropfbar flüssig. Es waren keine Kapseln zu finden. Daraus schloß Uhthoff, daß es sich hier um eine sehr seltene Konjunktivaaffektion handele, die der amyloiden sehr ähnlich ist. Am rechten Auge begannen sich gleichartige Veränderungen zu entwickeln (355).

X. GYNÄKOLOGIE, UROLOGIE, PSYCHIATRIE und ZAHNHEILKUNDE

Zu berichten ist noch über je drei Fälle aus den Gebieten der Gynäkologie, Urologie und Psychiatrie und abschließend zwei zahnheilkundliche Fälle.

Am 4. 3. 1885 stellte C o h n eine Frau mit einer Glandula lactifera aberrans sinistra vor. Es handelte sich um die Abschnürung einer isolierten Insel aus Drüsensubstanz, die sich in einer Kontinuität mit der Drüse befand. Eine Mamillenbildung fehlte. Bald nach der Entbindung hatte die Patientin eine Entzündung der rechten Mamma bekommen. Ein wenig später begann auf der linken Seite unter der Achselhöhle reichlich Milch aus einer 1 cm großen, verhäuerten Öffnung auszufließen, besonders wenn die benachbarten Gewebsteile gedrückt wurden. Drückte man jedoch auf die Mamma, entleerte sich keine Milch. Daraus war zu schließen, daß es sich um eine isolierte Milchdrüse handelte (356).

E h r e n h a u s hatte eine 48jährige Patientin mit einer hochgradigen Hypertrophie beider Brüste (Vorstellung am 2. 4. 1870). Im 18. Lebensjahr hatte sie erstmals menstruiert. Mit 28 Jahren hatte sie ihr erstes Kind bekommen und nährte es neun Monate lang. Ein Jahr später gab es einen Abort. Ein Jahr darauf kam das zweite Kind. Sie erkrankte damals an Mastitis dextra. Infolge einer Eiterung mußte eine Inzision vorgenommen werden. Bereits seit dem 16. Lebensjahr hatte sie eine stetige Vergrößerung beider Brüste besonders in den Menses beobachtet. Inzwischen waren die Beschwerden so stark geworden, daß sie nicht mehr gehen konnte. Seit etwa neun Wochen hatte sie eine Galaktorrhoe. Es wurde pro Tag ein Quart Milch produziert. Die Milch war noch nie chemisch untersucht worden. B.v. Langenbeck empfahl mit Hilfe der Pravaz'schen Spritze Jodtinkturinjektionen in die Brustdrüsensubstanz zu machen (357).

Die 31jährige Frau Stradic war eine Patientin von H o l z (Vorstellung am 8. 11. 1882). Sie hatte seit dem 15. Lebensjahr bis zum Jahre 1877 regelmäßig menstruiert. Es folgte nach sechs Wochen ein Abort und ein unbekannter, entzündlicher Prozeß in der Gebärmutter. Dann waren die Menses wieder regelmäßig bis zum 11. 2. 1881. Am 20. 3. 1881 hatte sie eine dünnflüssige Blutung. Drei Wochen lang klagte sie über Unterleibsbeschwerden, die sie zuvor nie gehabt hatte. Bis zum 11. 5. traten sechs Mal in achttägigen Abständen starke, blitzartige Schmerzen in der linken Hälfte des Unterleibes auf. Es waren Rißempfindungen. Dicht über und parallel mit dem Ligamentum Poupartii sinistrum in abdomine ließ sich ein spindelförmiger, faustgroßer Tumor, der glatt, fest, weich und nicht fluktuierend war, tasten. Er war überall hin beweglich und sowohl von der Scheide, wie auch vom Mastdarm aus zu fühlen. Er ließ sich von dem in der rechten Beckenhälfte liegenden, unvergrößerten Uterus abgrenzen. Die Brüste waren geschwollen und die Linea alba verdunkelt. Es lag eine Extrauterinschwangerschaft vor. Am 28. 6. ließen sich Kopf und Extremitäten des Foetus in der Regio ileocecalis tasten. Am 22. 7. konnte man Herztöne hören. Der Foetus lag unter der Leber quer. Kindsbewegungen waren schon aufgetreten. Die Herzfrequenz betrug 144 pro Minute. Holz glaubte, daß es sich um eine linksseitige Tubenschwangerschaft handele, da der Sitz des Tumors dafür sprach und er Spindelform hatte. Außerdem hatten die Schmerzanfälle auf einen Riß der Tubenwand hingedeutet. Holz wollte im neunten Monat operativ eingreifen und das Kind retten. Aber am 23. 8. (Mitte des siebenten Monats) trat der Fruchttod ein. Die Mutter war schwach, hatte Erbrechen und Fieber. Es bestand für kurze Zeit eine Unterleibsempfindlichkeit. Der Uterus war immer noch normal groß. Es kam bald ein dünnblutiger Ausfluß, aber kein Deziduaabgang. Bis zum 24. 10. vergrößerte sich die Plazenta. Der Kindskopf lag inzwischen tiefer. Da die Patientin sich in gutem Zustand befand, wollte Holz sich abwartend verhalten (358).

Eine Patientin, die er wegen einer Hydronephrose der rechten beweglichen Niere operiert hatte, führte Leopold L a n d a u (1848 - 1920) am 13. 10. 1880 vor. Die Patientin hatte das Leiden schon seit einigen Jahren. Dann trat jedoch zusätzlich eine Pyonephrose und ein perinephritischer Abszeß auf. Da akute Lebensgefahr bestand, entschloß sich Landau am 19. 6. 1880 zu einer Operation. Eine totale Exstirpation des Sackes war nicht möglich. Daher machte er eine Nieren-Becken-Bauchfistel. Er nähte vor der Spaltung der Zystosen den nicht adhärennten Tumor an der Bauchdecke an. Die Urinmenge, die aus den atrophischen Nierenresten austrat, war gering. Zuvor war die Operation einer Hydronephrose einer beweglichen Niere nur von Winckel und Ahlfeld durchgeführt worden (359).

Ein neunjähriger Patient von S o n n e n b u r g hatte eine hochgradige, apfelgroße, eine Hernie darstellende Ektopie der Blase (Vorstellung am 30. 11. 1881). Sonnenburg exstirpierte die Blase und ließ die beiden Ureteren in den rudimentären Penis (Epispadie) einheilen. So konnte der Patient von dem Schmerz befreit werden, der durch die ständige Reizung der Blasenschleimhaut entstand. Wegen der starken Ektopie war es unmöglich, eine vordere Blasenwand durch eine Lappenbildung herzustellen. Der Harn wurde von einem "bequemen Apparat" aufgefangen, den der Patient trug (360).

V i r c h o w führte am 6. 11. 1872 einen Hermaphroditen vor. Die Person präsentierte sich zur Zeit der Vorstellung als Dame. Die 48jährige Frau Hohmann aus Mellrichstadt in Unterfranken war als Kind wie ein Mädchen aufgewachsen. Sie war in ganz Deutschland schon häufig untersucht worden und galt als der einzige bekannte Fall von einem richtigen Zwitter. Nach Virchow's Meinung könne nur die Obduktion, auf die "allerdings noch längere Zeit zu warten sein dürfte", eine endgültige Aussage ergeben. Friedreich hatte Spermatozoen in einem ejakulierten Fluidum gefunden. Sie hatte einen kurzen, stark zurückgebogenen hypospadischen

Penis mit zwei nymphenartigen Krausen, der unter Hautdecken verborgen war. Auf der rechten Seite war ein entwickeltes Skrotum mit Hoden zu finden, während es links stark verkümmert war und keinen Hoden enthielt. Es gab eine für eine Frau zu lange Urethra, an der rückwärtig ein feiner, enger Vaginalkanal ansaß, der in ein verkümmertes Ende (Uterus) auslief. Von dort entsprang noch ein Ligamentum ovarii oder eine Tube oder etwas ähnliches. Links war keine Tube vorhanden. Man fand keine Samenbläschen und keine Prostata. Es gab nur ein Vas deferens. Die Brüste waren gut ausgebildet und mit Drüsen versehen, es trat bisweilen auf Druck eine weißliche Flüssigkeit aus. Seitdem keine Menstruationen mehr auftraten, befanden sich die Brüste in einer Rückbildung. Die Behaarung war bis auf wenige Haare im Gesicht weiblich. Der Körper machte bis auf das Becken ebenfalls einen weiblichen Eindruck. Die Person hatte den Versuch gemacht, nach beiden Seiten hin die Freuden des Lebens zu genießen. Im Gegensatz zu früher fühlte sie sich jetzt mehr als Mann. Virchow wies darauf hin, daß die Anomalie sich nicht nur bei den Genitalien auf die linke Seite konzentrierte. Auch Rumpf und Gesicht waren links mangelhaft entwickelt (361).

Drei Fälle von Hysterie demonstrierte L a n d a u am 9. 4. 1884. Bei der ersten Patientin bestand seit Jahren eine völlige Hemianästhesie links und eine Hyperästhesie der Iliakal- bzw. Ovarialgegend. Im November 1882 hatte Landau eine Dermoidzyste des Ovars exstirpiert. Danach bestanden der Schmerz bzw. die Schmerzlosigkeit weiterhin. Es mußte sich aber um einen zentralen Schmerz handeln, da, wenn man in den Muskel kniff, sie keinerlei Schmerzempfindung hatte. Während in den letzten drei Jahren die rechte Seite ohne Beschwerden war, trat in der oberen Hälfte der rechten Rumpffseite plötzlich eine Anästhesie auf. Trotzdem klagte die Patientin über einen starken Schmerz in der rechten Oberbauchgegend. Übte man auf diese Gegend einen Druck aus, hatte die Patientin trotz der Anästhesie der Haut und

der Muskeln einen heftigen Schmerz. Sie lag dann nicht still, sondern zappelte mit dem Arm und dem Bein derselben Seite herum und drehte den Körper. Außerdem schmerzte die erst vor kurzer Zeit beweglich gewordene rechte Niere. Die Ursache für die plötzlich mobil gewordene Niere sah Landau in dem nach der Ovariectomie aufgetretenen anhaltenden Husten. Landau meinte, daß auch wahrscheinlich kein Schmerzstillstand eintreten werde, wenn man die Niere entfernen würde, ebenso wie es bei der Ovariectomie der Fall gewesen war. Er erklärte, daß es sich hier um ein Teilsymptom der Hysterie handle (362).

Ebenfalls hysterischen Ursprungs war das Leiden der Frau K. Bei ihr war wegen eines Tumors eine Ovariectomie gemacht worden. Danach hatte sie abwechselnd eine Mastodynie und eine Kokzygodynie. Für einige Zeit blieb sie dann auch wieder ohne Schmerzen. Außerdem hatte sie Schmerzen in der Ovarialgegend, wo das Ovar entfernt worden war. Hier gab es keine Anästhesie der Haut und der Muskeln (363).

Die dritte hysterische Frau hatte tastbare, aber nicht vergrößerte Ovarien. Trotzdem hatte sie auf der linken Seite einen Ovarschmerz, und die Sensibilität war links herabgesetzt. Landau beobachtete die Patientin schon seit drei Jahren und hatte im Laufe der Zeit einen Seitenwechsel bzw. eine Beidseitigkeit des Ovarschmerzes festgestellt. Während der letzten Schwangerschaft war es zu einer Schmerzzunahme beiderseits des Uterus gekommen. Dies verlor sich jedoch wieder im fünften Monat (364).

Am 18. 3. 1874 zeigte A p o l a n t ein Kind, bei dem eine zweimalige Schichtung mehrerer Backzähne (= Backenzähne) eingetreten war (365).

M i t s c h e r l i c h (1832 - 1911) hatte Leichenzähne mit dauerndem Erfolg bei einigen Personen implantiert (Vorstellung am 30. 7. 1862). Er wies darauf hin, daß die Voraussetzung für eine derartige Implantation ein intaktes Periost sei (366).

XI. ZUSAMMENFASSUNG

Hiermit sind sehr wahrscheinlich die meisten Krankenvorstellungen erfaßt, sicher aber nicht alle. Man muß nach Kenntnis des Inhalts und der Art der Protokollierung jedoch davon ausgehen, daß es sich hier um die in medizinischer Hinsicht bedeutungsvolleren Fälle gehandelt haben dürfte.

Auch wenn eine Reihe von Vortragenden bevorzugt Kranke zur Ergänzung des gesprochenen Wortes demonstriert haben, läßt sich fast immer feststellen, daß dies vom Fach her begründet und nicht eine Eigenschaft der betreffenden Autoren gewesen ist. Sicher war ein erheblicher Teil der Vortragenden, die hier erwähnt wurden, durch ihre akademische Lehrtätigkeit gewöhnt, Patienten zu demonstrieren. Andererseits ist die Zahl der Patienten, die aus der ambulanten Praxis stammten, deren Ärzte also nicht in Kliniken tätig waren, überraschend groß.

Gerade die Durchmusterung der Verhandlungen der Gesellschaft nach Patientenvorstellungen bestätigt den hohen Rang der wissenschaftlichen Sitzungen und Beratungen der Berliner medizinischen Gesellschaft, wobei die echte Vermittlung neuer Erkenntnisse nicht weniger von Bedeutung war, wie die Vermittlung bereits gesicherter Erkenntnisse im Sinne einer ärztlichen Fortbildung.

XII. ANMERKUNGEN

(Verh. = Verh. Berl. med. Ges.)

1. Festschrift 100 Jahre Berliner medizinische Gesellschaft, Sonderheft Dtsch. med. Journal, 26. 10. 1960, Medicus Verlag, Berlin.
2. Albrecht v. Graefe, 1828 in Berlin geboren, 1847 medizinische Doktorwürde und 1847/48 medizinische Staatsprüfung, 1851 Eröffnung einer Praxis für Ophthalmologie in Berlin, 1852 Habilitation als Privatdozent für Chirurgie und Augenheilkunde, 1857 außerordentlicher Professor und 1866 Ordinarius, seit 1854 Herausgeber des "Archiv für Ophthalmologie", seit Gründung der Berliner medizinischen Gesellschaft im Jahre 1860 ihr erster Vorsitzender bis 1870, unterstützte die Gründung der Heidelberger ophthalmologischen Gesellschaft, einer Vorgängerin der heutigen Fachgesellschaft, 1868 Übernahme der Leitung der Augenklinik der Charité, 1870 an Lungentuberkulose gestorben.
3. Bernhard v. Langenbeck, 1810 in Padingbüttel geboren, 1835 medizinische Doktorwürde, 1838 Habilitation für Physiologie und pathologische Anatomie, 1841 a.o. Professor und 1842 Ordinarius für Chirurgie in Kiel, 1848 Generalstabsarzt der schleswig-holsteinischen Armee, in demselben Jahr Nachfolger von Dieffenbach als Ordinarius für Chirurgie in Berlin, 1864 geadelt, bedeutender Kriegschirurg und führender deutscher Chirurg seiner Zeit, 1871 bis 1882 Vorsitzender der Berliner medizinischen Gesellschaft, 1887 in Wiesbaden gestorben.
4. Rudolf Virchow, 1821 in Schivelbein (Pommern) geboren, militärärztliche Ausbildung in Berlin, 1843 medizinische Doktorwürde, 1846 Prosektor in der Charité und in demselben Jahr Staatsexamen, 1847 Herausgabe des "Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin", 1847 Habilitation, 1849 Berufung

auf den ersten deutschen Lehrstuhl für pathologische Anatomie in Würzburg, hier Beginn seiner Arbeiten zur Zellulärpathologie, 1856 Berufung an den neu eingerichteten Lehrstuhl für Pathologie in Berlin, seit 1866 anthropologische Forschungen, von 1882 bis zu seinem Tode Vorsitzender der Berliner medizinischen Gesellschaft, 1902 in Berlin gestorben.

5. Allg. med. Centralztg., Berlin, 27. 6. 1860, Bd. 29, S. 406; Auszug aus dem Statut der Berl. med. Ges. § 2
6. Verh., Bd. 10, S. 19
7. Berl. klin. Wschr., 5.7.1869, Bd. 6, S. 287
8. Verh., Bd. 7, S. 70 f.
9. Verh., Bd. 16, S. 160
10. Berl. klin. Wschr., 15.3.1869, Bd. 6, S. 113
11. Verh., Bd. 8, S. 2
12. Allg. med. Centralztg., 19.3.1864, Bd. 33, S. 187
13. Berl. klin. Wschr., 5.8.1867, Bd. 4, S. 323 u. 319 f.
14. Berl. klin. Wschr., 18.4.1870, Bd. 7, S. 197 u. 413
15. Verh., Bd. 7, S. 50 - 52
16. Verh., Bd. 8, S. 64 u. II S. 114
17. Verh., Bd. 10, S. 49 - 51
18. Verh., Bd. 16, S. 130
19. Berl. klin. Wschr., 18.2.1867, Bd. 4, S. 73
20. Verh., Bd. 13, S. 20
21. Verh., Bd. 4, II S. 58 f.
22. Oskar E. Lassar, 1849 in Hamburg geboren, Promotion in Würzburg, Assistent am physiologischen Institut der Universität Göttingen, 1875 Assistent am pathologischen Institut in Breslau, dort drei Jahre tätig, anschließend Studium der Hautkrankheiten, 1880 Habilitation und

Niederlassung in Berlin, einige Jahre später Aufbau einer großen Privatklinik für Hautkrankheiten und Syphilis, Begründer der Berliner dermatologischen Gesellschaft (1886), 1890 Generalsekretär des internationalen Kongresses zu Berlin, beschäftigte sich neben der Medizin mit hygienischen Fragen, 1903 a.o. Professor für Dermatologie, gestorben 1907 in Berlin.

23. Verh., Bd. 15, S. 227

24. Verh., Bd. 16, S. 108 f.

25. Verh., Bd. 16, S. 29 - 31

26. Georg Richard Lewin, 1820 in Sondershausen geboren, seit 1841 Studium der Medizin in Halle, später in Berlin, 1845 Promotion, 1862 Habilitation, 1865 dirigierender Arzt der Abteilung für Syphilitische und Hautkranke an der Berliner Charité, 1868 erhielt er ein Extraordinariat, seit 1884 Geheimer Medizinalrat, führte die subkutane Sublimatinjektion ein, 1896 in Berlin gestorben.

27. Verh., Bd. 5, S. 39

28. Berl. klin. Wschr., 2.5.1870, Bd. 7, S. 222

29. Robert R. Remak in Posen 1815 geboren, studierte in Berlin, 1838 Promotion, führte als Assistent von Schoenlein pathologische und embryologische Untersuchungen durch, 1847 Habilitation, 1859 Professur für mikroskopische Anatomie, starb 1865 in Kissingen.

30. Allg. med. Centralztg., 4.2.1863, Bd. 32, S. 79

31. Verh., Bd. 14, S. 137 - 139

32. Verh., Bd. 5, S. 12 f.

33. Verh., Bd. 4, S. 298 - 305

34. Julius W. Wolff, 1836 in Märkisch-Friedland, Westpreußen, geboren, studierte in Berlin, 1860 Promotion, lehrte seit 1868 an der Berliner Universität als

Privatdozent, 1884 Professor e.o., 1890 Direktor der neueingerichteten Universitätsklinik für orthopädische Chirurgie, seit 1899 Geheimer Medizinalrat, veröffentlichte zahlreiche Schriften zur orthopädischen Chirurgie, starb 1902 in Berlin.

35. Verh., Bd. 14, S. 163
36. Verh., Bd. 15, S. 105
37. Verh., Bd. 12, S. 92 f.
38. Verh., Bd. 9, S. 23
39. Verh., Bd. 15, S. 48 - 50
40. Heimann Wolff Berend, 1809 in Landsberg a. W. geboren, studierte in Berlin Medizin, war von 1837 - 40 Assistent bei Dieffenbach, eröffnete 1840 ein orthopädisch-gymnastisches Institut und leitete es 31 Jahre lang, seit 1861 für einige Jahre auch Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses in Berlin, Auguststr., führte in Berlin als erster eine Operation in Vollnarkose durch, verwendete als erster die Fotografie für medizinische Zwecke (1853), wurde Vorsitzender des 1848 gegründeten "Vereins Berliner Ärzte und Wundärzte", veröffentlichte 14 ausführliche Anstaltsberichte, starb 1873 in Berlin.
41. Allg. med. Centralztg., 19.1.1861, Bd. 30, S. 41 f.
42. Allg. med. Centralztg., 26.1.1861, Bd. 30, S. 61
43. Allg. med. Centralztg., 20.3.1861, Bd. 30, S. 181
44. Allg. med. Centralztg., 4.5.1861, Bd. 30, S. 286 f.
45. Allg. med. Centralztg., 14.7.1861, Bd. 30, S. 470
46. Allg. med. Centralztg., 30.10.1861, Bd. 30, S. 751
47. Allg. med. Centralztg., 4.2.1863, Bd. 32, S. 78 f.
48. Allg. med. Centralztg., 3.6.1863, Bd. 32, S. 349
49. Allg. med. Centralztg., 2.12.1863, Bd. 32, S. 767

50. Allg. med. Centralztg., 2.1.1864, Bd. 33, S. 9
51. Allg. med. Centralztg., 22.6.1864, Bd. 33, S. 406
52. Verh., Bd. 12, S. 105
53. Ernst v. Bergmann, in Riga 1836 geboren, studierte an der Universität Dorpat, 1860 Dissertation, 1863 Habilitation und Priv.-Doz., erhielt 1871 in Dorpat den Lehrstuhl für Chirurgie, wurde 1878 nach Würzburg berufen, 1882 kam er als Nachfolger v. Langenbecks nach Berlin und führte die aseptische Wundbehandlung ein, wurde Mitglied der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, Delegierter in der Ärztekammer, zweimal Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Vorsitzender der Berliner medizinischen Gesellschaft, wurde in das preußische Herrenhaus gewählt, Verleihung des Titels Exzellenz, 1907 in Wiesbaden gestorben.
54. Verh., Bd. 14, S. 213 - 215
55. Allg. med. Centralztg., 31.12.1862, Bd. 31, S. 825
56. Verh., Bd. 4, II S. 6 - 8
57. Verh., Bd. 14, S. 193 f.
58. Verh., Bd. 10, S. 32 - 33
59. Verh., Bd. 13, S. 150
60. Verh., Bd. 16, S. 256
61. Verh., Bd. 15, S. 79
62. Verh., Bd. 16, S. 106 - 108
63. Verh., Bd. 16, S. 110 - 114
64. Verh., Bd. 16, S. 257 f.
65. Verh., Bd. 11, S. 106
66. Berl. klin. Wschr., 5.8.1867, Bd. 4, S. 323
67. Berl. klin. Wschr., 16.3.1868, Bd. 5, S. 126 f.

68. Berl. klin. Wschr., 28.2.1870, Bd. 7, S. 111
69. Verh., Bd. 12, S. 48
70. Verh., Bd. 16, S. 125 - 127
71. Verh., Bd. 16, S. 255 f.
72. Berl. klin. Wschr., 7.6.1869, Bd. 6, S. 241
73. Verh., Bd. 5, S. 92 - 95
74. Verh., Bd. 14, S. 18 f.
75. Verh., Bd. 14, S. 19
76. Berl. klin. Wschr., 16.3.1868, Bd. 5, S. 126
77. Berl. klin. Wschr., 16.3.1868, Bd. 5, S. 158
78. Verh., Bd. 10, S. 20 - 23
79. Verh., Bd. 10, S. 52 u. II S. 53 - 58
80. Verh., Bd. 11, II S. 139 - 146
81. Verh., Bd. 12, S. 17 u. II S. 17 - 20
82. Verh., Bd. 15, S. 61 - 63
83. Verh., Bd. 16, S. 15 f.
84. Verh., Bd. 13, S. 45
85. Verh., Bd. 11, S. 22
86. Verh., Bd. 11, II S. 27 - 32
87. Verh., Bd. 12, S. 111
88. Verh., Bd. 15, S. 138 u. II S. 126 - 130
89. Verh., Bd. 15, S. 138 u. II S. 126 - 130
90. Verh., Bd. 16, S. 29
91. Es handelt sich wahrscheinlich um Max Landsberg, geb.
1840 in Jassy (Rumänien), gest. 1895 in Florenz
92. Verh., Bd. 6, S. 32 f.
93. Verh., Bd. 6, II S. 21 u. S. 27 - 30
94. Verh., Bd. 16, S. 257

95. Verh., Bd. 15, S. 60 f.
96. Verh., Bd. 16, S. 259 u. II S. 321 f.
97. Verh., Bd. 13, S. 188 ff.
98. Verh., Bd. 9, S. 111
99. Verh., Bd. 14, S. 48
100. Verh., Bd. 14, S. 31 - 36
101. Verh., Bd. 14, S. 183
102. Verh., Bd. 6, S. 81 - 83
103. Verh., Bd. 4, S. 91 f.
104. Verh., Bd. 15, S. 66 f.
105. Verh., Bd. 15, S. 123 - 125
106. Verh., Bd. 12, S. 105
107. Verh., Bd. 13, S. 103
108. Allg. med. Centralztg., 22.6.1861, Bd. 30, S. 399
109. Allg. med. Centralztg., 4.3.1863, Bd. 32, S. 142
110. Allg. med. Centralztg., 11.3.1863, Bd. 32, S. 159
111. Verh., Bd. 16, S. 136 f.
112. Verh., Bd. 13, S. 148 f.
113. Allg. med. Centralztg., 20.3.1861, Bd. 30, S. 181
114. Allg. med. Centralztg., 19.1.1861, Bd. 30, S. 48
115. Allg. med. Centralztg., 12.6.1861, Bd. 30, S. 374 f.
116. Allg. med. Centralztg., 12.6.1861, Bd. 30, S. 374 f.
117. Allg. med. Centralztg., 23.11.1861, Bd. 30, S. 751
118. Allg. med. Centralztg., 16.4.1862, Bd. 31, S. 246
119. Allg. med. Centralztg., 16.4.1862, Bd. 31, S. 246
120. Allg. med. Centralztg., 7.5.1862, Bd. 31, S. 291
121. Allg. med. Centralztg., 23.5.1863, Bd. 32, S. 327

- 122. Allg. med. Centralztg., 3.6.1863, Bd. 32, S. 346 f.
- 123. Allg. med. Centralztg., 15.10.1864, Bd. 33, S. 675
- 124. Berl. klin. Wschr., 8.5.1865, Bd. 2, S. 201
- 125. Berl. klin. Wschr., 8.5.1865, Bd. 2, S. 201
- 126. Berl. klin. Wschr., 8.5.1865, Bd. 2, S. 201
- 127. Berl. klin. Wschr., 19.5.1871, Bd. 8, S. 298 f.
- 128. Allg. med. Centralztg., 12.6.1862, Bd. 31, S. 447
- 129. Allg. med. Centralztg., 15.4.1863, Bd. 32, S. 239
- 130. Berl. klin. Wschr., 15.4.1867, Bd. 4, S. 165
- 131. Verh., Bd. 15, S. 279 u. II S. 246 - 250
- 132. Verh., Bd. 15, S. 79
- 133. Verh., Bd. 16, S. 19 f.
- 134. Verh., Bd. 16, S. 106 - 108
- 135. Berl. klin. Wschr., 1.1.1872, Bd. 9, S. 7
- 136. Verh., Bd. 6, S. 41 u. II S. 152 - 157
- 137. Berl. klin. Wschr., 29.3.1869, Bd. 6, S. 132
- 138. Verh., Bd. 4, II S. 79
- 139. Verh., Bd. 13, S. 147 f.
- 140. Verh., Bd. 14, S. 126
- 141. Verh., Bd. 14, S. 127
- 142. Verh., Bd. 15, S. 179 - 181
- 143. Verh., Bd. 16, S. 36 f.
- 144. Verh., Bd. 16, S. 205 f.
- 145. Verh., Bd. 5, S. 22
- 146. Verh., Bd. 5, S. 48
- 147. Verh., Bd. 8, S. 14 u. II S. 41 - 43
- 148. Verh., Bd. 10, S. 14
- 149. Berl. klin. Wschr., 23.1.1865, Bd. 2, S. 31 f.

- 150. Berl. klin. Wschr., 21.3.1870, Bd. 7, S. 151
- 151. Berl. klin. Wschr., 11.12.1871, Bd. 8, S. 604 f.
- 152. Verh., Bd. 4, II S. 72 f.
- 153. Verh., Bd. 6, S. 58
- 154. Verh., Bd. 11, S. 59 u. II S. 86 - 93
- 155. Allg. med. Centralztg., 3.1.1863, Bd. 32, S. 6
- 156. Verh., Bd. 12, S. 63 u. II S. 129 - 133
- 157. Verh., Bd. 6, S. 83 f
- 158. Verh., Bd. 6, S. 84
- 159. Allg. med. Centralztg., 4.6.1862, Bd. 31, S. 357
- 160. Verh., Bd. 4, S. 306 - 310
- 161. Verh., Bd. 4, II S. 102
- 162. Verh., Bd. 4, S. 79
- 163. Verh., Bd. 7, S. 11
- 164. Verh., Bd. 11, S. 55 f.
- 165. Verh., Bd. 14, S. 117 u. II S. 147 - 187
- 166. Verh., Bd. 14, S. 163
- 167. Verh., Bd. 16, S. 20 u. II S. 51 - 69
- 168. Verh., Bd. 16, II S. 70
- 169. Verh., Bd. 7, S. 119 - 120
- 170. Allg. med. Centralztg., 2.12.1863, Bd. 32, S. 766
- 171. Verh., Bd. 12, S. 63 f.
- 172. Verh., Bd. 8, S. 3
- 173. Verh., Bd. 15, S. 243 f.
- 174. Allg. med. Centralztg., 2.1.1864, Bd. 33, S. 9
- 175. Allg. med. Centralztg., 20.4.1864, Bd. 33, S. 259
- 176. Berl. klin. Wschr., 22.5.1865, Bd. 2, S. 226
- 177. Verh., Bd. 9, S. 110

178. Verh., Bd. 12, S. 74
179. Verh., Bd. 13, S. 102 f.
180. Berl. klin. Wschr., 14.12.1868, Bd. 5, S. 517
181. Berl. klin. Wschr., 14.12.1868, Bd. 5, S. 517
182. Berl. klin. Wschr., 27.9.1869, Bd. 6, S. 420
183. Verh., Bd. 7, S. 41 u. II S. 109 - 114
184. Verh., Bd. 11, S. 51
185. Verh., Bd. 14, S. 150 - 152
186. Verh., Bd. 15, S. 147 u. II S. 89 - 92
187. Verh., Bd. 15, S. 238 u. II S. 170 f.
188. Verh., Bd. 16, S. 200 f.
189. Verh., Bd. 16, S. 200 f.
190. Verh., Bd. 12, S. 63 u. II S. 125
191. Allg. med. Centralztg., 1.4.1863, Bd. 32, S. 204 f.
192. Verh., Bd. 3, S. 294 - 296
193. Verh., Bd. 3, S. 294 - 296
194. Berl. klin. Wschr., 28.2.1870, Bd. 7, S. 111
195. Es könnte sich um Leopold Auerbach (1828 - 1897) handeln.
196. Berl. klin. Wschr., 24.8.1871, Bd. 8, S. 422
197. Berl. klin. Wschr., 24.8.1871, Bd. 8, S. 423
198. Verh., Bd. 6, S. 47 - 53
199. Verh., Bd. 6, S. 47 - 53
200. Verh., Bd. 2, S. 140 - 156
201. Verh., Bd. 2, S. 166
202. Berl. klin. Wschr., 21.1.1867, Bd. 4, S. 30 f.
203. Berl. klin. Wschr., 15.2.1869, Bd. 6, S. 71
204. Berl. klin. Wschr., 27.9.1869, Bd. 6, S. 420
205. Verh., Bd. 16, S. 29 u. II S. 82 - 87

- 206. Berl. klin. Wschr., 4.10.1869, Bd. 6, S. 435
- 207. Berl. klin. Wschr., 14.12.1868, Bd. 5, S. 517
- 208. Allg. med. Centralztg., 18.3.1863, Bd. 32, S. 173
- 209. Berl. klin. Wschr., 16.3.1868, Bd. 5, S. 126 f.
- 210. Berl. klin. Wschr., 16.3.1868, Bd. 5, S. 126 f.
- 211. Verh., Bd. 2, S. 209
- 212. Berl. klin. Wschr., 26.4.1869, Bd. 6, S. 178
- 213. Verh., Bd. 16, S. 150 - 152
- 214. Allg. med. Centralztg., 11.3.1863, Bd. 32, S. 159
- 215. Berl. klin. Wschr., 12.2.1866, Bd. 3, S. 69 f.
- 216. Verh., Bd. 3, S. 307
- 217. Berl. klin. Wschr., 28.1.1867, Bd. 4, S. 38
- 218. Berl. klin. Wschr., 18.2.1867, Bd. 4, S. 73
- 219. Berl. klin. Wschr., 18.2.1867, Bd. 4, S. 73
- 220. Berl. klin. Wschr., 16.3.1868, Bd. 5, S. 126
- 221. Berl. klin. Wschr., 7.12.1868, Bd. 5, S. 504
- 222. Berl. klin. Wschr., 27.7.1869, Bd. 6, S. 420
- 223. Verh., Bd. 4, S. 126 - 132
- 224. Verh., Bd. 6, S. 9 f.
- 225. Verh., Bd. 14, S. 140 f.
- 226. Verh., Bd. 13, S. 25
- 227. Verh., Bd. 13, S. 27 f.
- 228. Verh., Bd. 13, S. 28 - 31
- 229. Verh., Bd. 13, S. 31 f.
- 230. Verh., Bd. 13, S. 32 f.
- 231. Verh., Bd. 13, S. 34 f.
- 232. Verh., Bd. 13, S. 36
- 233. Verh., Bd. 13, S. 42

- 234. Verh., Bd. 14, S. 179 - 182
- 235. Berl. klin. Wschr., 10.1.1870, Bd. 7, S. 23
- 236. Verh., Bd. 8, S. 30
- 237. Verh., Bd. 9, S. 11 u. II S. 1
- 238. Verh., Bd. 12, S. 63 u. II S. 133 - 135
- 239. Verh., Bd. 14, S. 174 u. II S. 227 - 234
- 240. Verh., Bd. 16, S. 46 f.
- 241. Verh., Bd. 16, S. 150
- 242. Allg. med. Centralztg., 17. 11. 1860, Bd. 29, S. 732
- 243. Allg. med. Centralztg., 28. 11. 1860, Bd. 29, S. 757
- 244. Allg. med. Centralztg., 12. 12. 1860, Bd. 29, S. 791 f.
- 245. Allg. med. Centralztg., 12. 12. 1860, Bd. 29, S. 791 f.
- 246. Allg. med. Centralztg., 12. 12. 1860, Bd. 29, S. 791 f.
- 247. Allg. med. Centralztg., 12. 12. 1860, Bd. 29, S. 791 f.
- 248. Allg. med. Centralztg., 29. 12. 1860, Bd. 29, S. 823
- 249. Allg. med. Centralztg., 15. 3. 1862, Bd. 31, S. 172
- 250. Allg. med. Centralztg., 27. 8. 1862, Bd. 31, S. 548
- 251. Allg. med. Centralztg., 3. 1. 1863, Bd. 32, S. 6
- 252. Allg. med. Centralztg., 4. 2. 1863, Bd. 32, S. 79
- 253. Allg. med. Centralztg., 19. 3. 1864, Bd. 33, S. 188
- 254. Allg. med. Centralztg., 19. 3. 1864, Bd. 33, S. 188
- 255. Allg. med. Centralztg., 6. 4. 1864, Bd. 33, S. 226
- 256. Allg. med. Centralztg., 9. 4. 1864, Bd. 33, S. 233
- 257. Allg. med. Centralztg., 24. 5. 1864, Bd. 33, S. 338 f.
- 258. Allg. med. Centralztg., 4. 6. 1864, Bd. 33, S. 364 f.
- 259. Berl. klin. Wschr., 1.8.1864, Bd. 1, S. 321 - 323
- 260. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 675
- 261. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 675

- 262. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 676
- 263. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 677
- 264. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 677
- 265. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 678
- 266. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 678
- 267. Allg. med. Centralztg., 13. 10. 1864, Bd. 33, S. 678
- 268. Berl. klin. Wschr., 6. 3. 1865, Bd. 2, S. 94 f.
- 269. Berl. klin. Wschr., 3. 7. 1865, Bd. 2, S. 280 f.
- 270. Berl. klin. Wschr., 19. 6. 1865, Bd. 2, S. 259
- 271. Verh., Bd. 9, S. 111
- 272. Verh., Bd. 15, S. 76 - 78
- 273. Verh., Bd. 9, S. 11 u. II S. 12
- 274. Verh., Bd. 9, S. 49
- 275. Verh., Bd. 11, S. 161 u. II S. 169
- 276. Verh., Bd. 15, S. 272 - 275
- 277. Verh., Bd. 12, S. 108 - 111
- 278. Berl. klin. Wschr., 1. 1. 1872, Bd. 9, S. 8
- 279. Verh., Bd. 14, S. 91 u. II S. 48 ff.
- 280. Verh., Bd. 14, S. 91 u. II S. 48 ff.
- 281. Verh., Bd. 4, II S. 93
- 282. Verh., Bd. 14, S. 80 - 82
- 283. Verh., Bd. 15, S. 276
- 284. Verh., Bd. 12, S. 97
- 285. Verh., Bd. 12, II S. 220 - 222
- 286. Verh., Bd. 13, S. 6
- 287. Verh., Bd. 13, S. 6 f.
- 288. Verh., Bd. 13, S. 7
- 289. Verh., Bd. 13, S. 81 f.

- 290. Verh., Bd. 13, S. 168
- 291. Verh., Bd. 14, S. 144 f.
- 292. Verh., Bd. 16, S. 120
- 293. Verh., Bd. 12, S. 13 - 16
- 294. Verh., Bd. 12, S. 17
- 295. Verh., Bd. 14, S. 124 f.
- 296. Verh., Bd. 15, S. 84
- 297. Verh., Bd. 15, S. 258
- 298. Verh., Bd. 11, S. 119
- 299. Verh., Bd. 11, S. 119
- 300. Verh., Bd. 14, S. 2
- 301. Verh., Bd. 14, S. 2
- 302. Verh., Bd. 16, S. 29
- 303. Verh., Bd. 16, S. 108 f.
- 304. Verh., Bd. 16, S. 170 - 172
- 305. Verh., Bd. 16, S. 170 - 172
- 306. Verh., Bd. 16, S. 170 - 172
- 307. Verh., Bd. 16, S. 170 - 172
- 308. Verh., Bd. 16, S. 250 u. II S. 318
- 309. Verh., Bd. 17, S. 10 u. II S. 29 - 36
- 310. Verh., Bd. 17, S. 10 u. II S. 29 - 36
- 311. Verh., Bd. 17, S. 10 u. II S. 29 - 36
- 312. Verh., Bd. 17, S. 10 u. II S. 29 - 36
- 313. Verh., Bd. 4, S. 274 - 284
- 314. Verh., Bd. 4, S. 274 - 284
- 315. Verh., Bd. 4, S. 284 - 290
- 316. Verh., Bd. 4, S. 290 - 292
- 317. Verh., Bd. 5, S. 85 - 89

- 318. Verh., Bd. 5, S. 85 - 89
- 319. Verh., Bd. 5, S. 85 - 89
- 320. Verh., Bd. 5, S. 89 f.
- 321. Verh., Bd. 6, S. 80 f.
- 322. Verh., Bd. 7, S. 16 u. II S. 42 - 45
- 323. Verh., Bd. 9, S. 112
- 324. Verh., Bd. 13, S. 217 f.
- 325. Verh., Bd. 14, S. 139
- 326. Verh., Bd. 14, S. 148 f.
- 327. Verh., Bd. 14, S. 148 f.
- 328. Verh., Bd. 14, S. 153
- 329. Verh., Bd. 14, S. 152 f.
- 330. Verh., Bd. 14, S. 152 f.
- 331. Verh., Bd. 15, S. 164 f.
- 332. Verh., Bd. 17, S. 3 - 5
- 333. Verh., Bd. 13, S. 201 - 205
- 334. Verh., Bd. 6, S. 46 f.
- 335. Verh., Bd. 13, S. 185
- 336. Verh., Bd. 5, S. 38
- 337. Verh., Bd. 13, S. 187 f.
- 338. Verh., Bd. 6, S. 16 f.
- 339. Allg. med. Centralztg., 24. 7. 1861, Bd. 30, S. 471
- 340. Berl. klin. Wschr., 22. 5. 1865, Bd. 2, S. 226
- 341. Berl. klin. Wschr., 16. 3. 1868, Bd. 5, S. 126 f.
- 342. Berl. klin. Wschr., 8. 1. 1872, Bd. 9, S. 19
- 343. Berl. klin. Wschr., 8. 1. 1872, Bd. 9, S. 19
- 344. Verh., Bd. 4, II S. 64
- 345. Verh., Bd. 9, S. 63

- 346. Verh., Bd. 11, S. 15 u. II S. 1 - 7
- 347. Verh., Bd. 11, S. 15 f.
- 348. Verh., Bd. 15, S. 272 u. II S. 188 - 193
- 349. Verh., Bd. 16, S. 150 u. II S. 187 - 194
- 350. Verh., Bd. 16, S. 150 u. II S. 187 - 194
- 351. Verh., Bd. 16, S. 150 u. II S. 187 - 194
- 352. Verh., Bd. 7, S. 17
- 353. Verh., Bd. 15, S. 255 - 257
- 354. Verh., Bd. 6, S. 36 f.
- 355. Verh., Bd. 13, S. 2 - 3
- 356. Verh., Bd. 16, S. 109 f.
- 357. Berl. klin. Wschr., 30. 5. 1870, Bd. 7, S. 268
- 358. Verh., Bd. 14, S. 16 - 18
- 359. Verh., Bd. 12, S. 13
- 360. Verh., Bd. 13, S. 98
- 361. Verh., Bd. 4, S. 139 - 148
- 362. Verh., Bd. 15, S. 213 ff.
- 363. Verh., Bd. 15, S. 213 ff.
- 364. Verh., Bd. 15, S. 213 ff.
- 365. Verh., Bd. 4, S. 79
- 366. Allg. med. Centralztg., 29. 11. 1862, Bd. 31, S. 768

Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Heinz Goerke möchte ich an
dieser Stelle besonders herzlich für die Überlassung
des Themas und für seine freundliche Unterstützung danken.

LEBENS LAUF

Am 15. Juni 1948 wurde ich als Sohn des Dr. med. Werner Groß und seiner Ehefrau Dr. med. Ingetraud Groß, geb. Preuschoff, in Potsdam geboren.

Im September 1948 siedelten meine Eltern und ich nach Berlin (West) über. Im April 1954 wurde ich in die 8. Grundschule zu Berlin Zehlendorf eingeschult. Im Februar 1968 bestand ich die Reifeprüfung im Schadow-Gymnasium in Berlin Zehlendorf.

Im Wintersemester 1968/69 begann ich an der FU Berlin mein Medizinstudium, setzte es in Wien und München fort und kehrte 1974 an die FU Berlin zurück. Am 28. Februar 1976 beendete ich erfolgreich das Medizinische Staatsexamen (ärztliche Prüfung).

Seit dem 1. März 1976 bin ich als Medizinalassistent in dem Städtischen Krankenhaus Berlin Neukölln tätig.

